



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO: A UNA MUJER QUE PRESENTA
DEPENDENCIA EN LAS NECESIDADES DE:
TERMORREGULACIÓN, TRABAJO Y REALIZACIÓN
Y ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**MARIA LILIA VARGAS NAJERA
NO. CUENTA: 4-0611788-9**

**MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL
ASESORA**

MEXICO, D. F, JUNIO, 2010.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres, con admiración y respeto en recompensa a sus sacrificios por ayudarme a realizar mi carrera.

A mis hermanos, con cariño como un estímulo para terminar mi carrera.

A mis familiares, que estuvieron apoyándome incondicionalmente y en especial a mis hijos Fernanda y Sergio por su tiempo y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

“Doy gracias a Dios por ser mi guía espiritual para concluir el presente trabajo”

A la Lic. Angelina Rivera Montiel mi asesora y amiga, por sus consejos y apoyo que siempre fueron certeros y de gran ayuda.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
II. MARCO DE REFERENCIA	6
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	6
Concepto	6
Características	6
Antecedentes Históricos	7
Valoración	8
Diagnóstico de Enfermería	11
Planeación	13
Ejecución	16
Evaluación	16
NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON	17
Antecedentes	17
Teoría de las 14 Necesidades Fundamentales	17
Metaparadigma	18
Necesidades Fundamentales	19
ABORTO	21
Clasificación	21
Aborto Séptico	23
DUELO DESPUÉS DE UN ABORTO	24
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	26
Definición	28
Epidemiología	28
Fisiopatología	29
METODOLOGIA	29
INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
CONCLUSIONES	43

I. INTRODUCCION

Actualmente los cambios socios políticos, tecnológicos, económicos y educativos, del país favorecen momentos estratégicos para dar a enfermería un giro en sus orientaciones teórico - prácticas basadas en una estructura metodológica que le permita redefinir su ámbito de competencia; y demostrar que a través del uso de dicha metodología se ofrece una práctica profesional de calidad.

Es así como enfermería, consciente de las demandas de la sociedad moderna, ha evolucionado su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de enfermería o también denominada Proceso Enfermero, como la metodología para la práctica profesional, la cual se basa en el método científico, con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.

En este sentido constituye un instrumento a través del cual se fundamenta la práctica de enfermería de calidad, en los diversos ámbitos de su actuación, dicho proceso ha pasado por distintos momentos de desarrollo hasta su consolidación como un método cuyas características primordiales son: sistemático, flexible, y dinámico, interactivo y universalmente aplicable.

El presente proceso de enfermería se realizo basado en el modelo de Virginia Henderson y siguiendo las 5 etapas básicas consecutivas que lo conforman tomando la autorización de la señora **A.B.A** ya que cursa por un proceso infeccioso (aborto séptico) además de la etapa de duelo por la pérdida de su bebe detectando y priorizando sus necesidades se lograron los objetivos planteados.

Para finalizar cabe mencionar que las experiencias adquiridas se verán reflejadas en mi quehacer profesional y personal elevando la calidad de los cuidados de enfermería.

I. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Desarrollar habilidad en la aplicación del Proceso de Atención en Enfermería a un caso de aborto séptico, para poder proporcionar los cuidados más oportunos a la paciente.

1.2 Objetivos Específicos

- Establecer una relación de empatía con la paciente.

- Emitir un diagnóstico de enfermería analizando los datos recabados en forma directa e indirecta y dar intervenciones de enfermería.

- Evaluar si las medidas tomadas fueron fructíferas.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Concepto:

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente¹.

Es un instrumento que ayuda a la enfermería a trabajar de manera sistemática y actuar como verdaderas profesionales.

El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambas. Implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, familia o de la comunidad.

El proceso atención enfermero es el método que esta integrado por una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico².

Características:

- *Es sistemático*: por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- *Es humanista*: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar.
- *Es intencionado*: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los

¹ ALFARO Rosalinda cap. 2 "Aplicación del proceso de enfermería", Guía práctica. 3ª edición. Editorial Mosby

² RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia. Proceso enfermero. Aplicación actual 2ª Edición México. Editorial Cuellar

factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

- *Es dinámico*: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- *Es flexible*: porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de la enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- *Es interactivo*: por requerir de la interrelación humano – humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes.

Con dicho proceso enfermero se incorpora una nueva dimensión a la actividad de cuidar, ya que es la aplicación de la solución científica de problemas a los problemas de enfermería.

Con la aplicación del proceso enfermero se sustenta la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería, ya que como es sabido tiene una construcción lógica y sistematizada por lo tanto la ejecución del registro de las acciones específicas para cada uno de sus diferentes etapas el profesional puede demostrar sus competencias para discernir, tomar decisiones i actuar para el cuidado de personas, familia y comunidad.

En este sentido constituye un instrumento a través del cual se fundamenta la práctica de enfermería de calidad.

2.1.3 Antecedentes Históricos del Proceso de Atención de Enfermería

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y se centraban en los procesos patológicos específicos más que en el cuidado a la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico. ²

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera (o), es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es así como la enfermería, consciente de las demandas de la sociedad moderna, ha evolucionado su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de enfermería o también Proceso Enfermero, como la metodología para la práctica profesional, la cual se basa en el método científico, con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad. Este hecho tiene sus inicios en los años 50 cuando enfermeras anglosajonas empiezan que enfermería debe contar con un proceso clínico que le de dirección específica y es así como Hall (1955), Johnson (1956), citada por Iyer (1999), señalaron al proceso de atención como el método que guiara la actuación de la enfermería profesional.

A partir de los años 70 en México se incorpora el Proceso de Atención de Enfermería a la enseñanza, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. señaló, la importancia de que con la enseñanza de dicho proceso se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que requiere la enfermera para brindar una atención de calidad.

A más de 25 años el Proceso de Cuidados de Enfermería (PCE) ha sido el modelo predominante que fundamenta los cuidados que brindan la enfermería profesional, útil para enlazar el conocimiento científico, la investigación y la teoría al quehacer profesional. Por lo tanto es un método para interconectar las bases de la ciencia con las acciones del profesionalismo³.

2.1.4 Valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a las respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos y capacidades existentes para conservar y recuperar la salud⁴.

Objetivo

Crear una base de datos que nos permitan y nos faciliten el encontrar la información necesaria para comprender y analizar los problemas del cliente, familia o comunidad y así tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

³ Desarrollo científico Enfermería. Vol. 12 N° 1 Enero – Febrero, 2004 pág. 18

⁴ ALFARO Rosalinda cap. 2 "Aplicación del proceso de enfermería", Guía práctica. 3ª edición. Editorial Mosby pág. 254 - 255

Tipos de valoración:

- *Valoración de datos básicos:* es la que se realiza durante la entrevista inicial con el paciente o cliente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud, esta información nos dice como está el paciente o cliente antes de iniciar la intervención.
- *Valoración focalizada:* es la que se realiza para reunir información detallada sobre el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.
- *Valoración urgente:* esta se realiza con el propósito de identificar problemas en las cuales se tenga amenaza de vida del paciente o cliente.
- *Valoración de un tiempo:* es la que se lleva a cabo con el propósito de comparar la evolución del paciente o cliente con datos obtenidos anteriormente.

Fuentes de valoración:

- *Fuente primaria:* la principal fuente de información es el paciente o cliente siempre y cuando se pueda comunicar con claridad.
- *Fuente secundaria:* es la que encontramos en el expediente clínico, con los familiares del paciente o cliente y otros profesionales de la salud.

Tipos de datos:

- *Datos objetivos:* también llamados signos o datos manifestados que son detectados por el observador y son aquellos que se pueden oír, medir, ver, sentir y que se registran mediante la observación.
- *Datos subjetivos:* conocidos también como síntomas o datos no visibles. Son aquellos a los cuales solo manifiesta el paciente o cliente.
- *Datos históricos:* son todos aquellos que ocurrieron con anterioridad.
- *Datos actuales:* son todos los problemas de salud del paciente o cliente en la actualidad.

Métodos de valoración:

Estos métodos son los utilizados simultáneamente por la enfermera para valorar a los pacientes o clientes:

- *Observación:* es la capacidad consiente y deliberada que se desarrolla con un esfuerzo, y un método organizado para reunir datos utilizando los cinco sentidos.
- *Entrevista:* es una conversación que se realiza con el propósito de dar información e identificar problemas.
- *Valoración física:* la clave para tener éxito en la valoración física es ser minuciosa, sistemática y dominar la técnica.

Para llevar a cabo la valoración física se utilizan los métodos de: **inspección, auscultación, palpación y percusión:**

- a)** *Inspección:* es un examen mediante la observación es cuidadosa y crítica.
- b)** *Auscultación:* es un examen donde se escuchan los sonidos producidos por el cuerpo y nos ayuda a valorar el funcionamiento de diversos órganos y esto puede ser directa o indirectamente.
- c)** *Palpación:* es el examen que se realiza utilizando el tacto y la sensación.
- d)** *Percusión:* es el examen que se realiza mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha.

La medición de las constantes vitales es imprescindible en la valoración física (temperatura corporal, pulso-frecuencia cardiaca, respiración y tención arterial) del paciente o cliente, deben ser valoradas en conjunto ya que nos reflejan el funcionamiento general del organismo permitiendo detectar problemas que pongan en riesgo la salud.

2.1.5 Diagnóstico de Enfermería

Concepto

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, que inicia al concluir la valoración donde la enfermera utiliza sus habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración y así identificar los factores relacionados a los problemas que se puedan resolver mediante las intervenciones de enfermería.

Objetivo

Resolver los problemas que se hayan identificado mediante las acciones de enfermería.

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera⁵.

Antecedentes de enfermería (NANDA)

En la década de los años 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica, a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Este hecho dio origen a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, en 1973.

En 1982, durante la V Conferencia, se crea la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los

⁵ KOZIER Barbará, G. ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica 5ª edición y 7ª edición Mc Graw Hill

planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificarlos, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.

A partir de 1987, la ANA y la NANDA estructuran el *Collaborative Group on Taxonomies/Classifications of Nursing Diagnoses* para trabajar ambas asociaciones en colaboración y alcanzar el consenso en la descripción de la práctica/ejercicio de la enfermería.

El plan de actividades propone una proyección multidisciplinaria que favorezca la aceptación de sus conclusiones en un plano más general; para ello establecen contacto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Presentan la versión específica de la taxonomía I NANDA: Condiciones que Necesitan Cuidados de Enfermería. Proponen incluir esta versión de los diagnósticos de enfermería en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que realizaba la OMS.

A partir de las recomendaciones hechas por la OMS se han multiplicado las conexiones y trabajos que han conducido a la expansión internacional de los diagnósticos de enfermería. Así, en 1991, se crea la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (AFEDI). Esta fue la primera organización que, como grupo internacional ha sido reconocida por la NANDA.

El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud (ANA, 1980). La habilidad de la enfermería, desarrollada como resultado de la educación y la experiencia, identifica aquellas funciones de enfermería que se pueden ordenar de forma independiente sin que sea necesaria la colaboración con el médico ni con otros profesionales de la atención sanitaria.

Tipos de diagnósticos de enfermería (NANDA):

- *Real*: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.
- *De alto riesgo*: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.
- *Bienestar*: es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado⁶.

Componentes esenciales de los diagnósticos enfermeros con base al formato PES:

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina formato PES que consta de los componentes siguientes:

1. Problema (P): Enunciado de la respuesta del paciente
2. Etiología (E): Factores que contribuyen a las respuestas o que son causa de ella
3. Signos y síntomas (S): Características definitorias manifestadas por el paciente.

2.1.6 Planeación

Concepto

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y consiste en la

⁶ IYER "Diagnostico" en: Proceso y Diagnostico de enfermería 3ª edición, Editorial McGraw – Hill pág. 301 - 302

elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Objetivo

Identificar los factores que deben de tener en cuenta, la enfermera para establecer prioridades en el plan de cuidados.

Los pasos de la etapa de planeación son cuatro:

1. Establecer prioridades (jerarquizar).
2. Elaborar objetivos
3. Determinar acciones de enfermería.
4. Documentar el plan de cuidados (fundamentar).

- Para **Alfaro** la planificación: “Es el momento en que se determinara como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos”.
- Para **Iyer** la planificación: “implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del sujeto o evitar, reducir o corregir las respuestas insanas”.
- **M. Phaneuf** define la planeación como: “el establecimiento de un plan de acción, en prever las etapas d su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida” ⁷.

Tipos de intervenciones de Enfermería

- *Intervención Independiente*: Son aquellas actividades que la enfermera realiza de acuerdo a sus conocimientos y habilidades.
- *Intervenciones Dependientes*: Son todas aquellas actividades que se realizan bajo una indicación médica o bien bajo una supervisión sobre algún procedimiento.

⁷ **BENAVENT** Garcés Amparo, del rey Cristina Franco, Ferrer Ferrandis Esperanza “juicio y acción terapéutica, planificación, ejecución, evaluación” en enfermería 21. Fundamentos de enfermería pág. 330

- *Intervenciones Interdependientes:* Son todas aquellas acciones que la enfermera lleva a cabo con la colaboración de algunos otros miembros del equipo de salud.

Concepto

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Podemos definir esta etapa como el momento en el que la enfermera lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación⁸.

Las fases de la ejecución son tres:

1. Preparación: esta incluye un repaso a todas la etapas anteriores, además de la realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención:
 - ✚ Revisión de las intervenciones programadas en la planificación.
 - ✚ Analizar los conocimientos y técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones
 - ✚ Identificar posibles complicaciones.
 - ✚ Determinar las necesidades de tiempo, personal y equipo.
 - ✚ Crear un ambiente terapéutico.

2. Intervención: Es en este momento cuando efectuaremos las acciones programadas. Como las respuestas humanas, y fisiológicas, son cambiantes es preciso la revaloración del cliente, familia o comunidad, para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

3. Documentación (registro): Es todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso es fundamental, tanto para garantizar la calidad de dicho proceso, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en enfermería. Teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:
 - ✚ Escribir con letra clara.
 - ✚ Registrar rápidamente.
 - ✚ Anotar exactamente el cómo, cuándo y dónde.

⁸ BENAVENT Garcés Amparo, del rey Cristina Franco, Ferrer Ferrandis Esperanza "juicio y acción terapéutica, planificación, ejecución, evaluación" en enfermería 21. Fundamentos de enfermería pág. 347- 348.

2.1.7 Ejecución

- + Firmar siempre el registro.
- + No dejar ninguna línea en blanco
- + Registrar lo que hemos visto, oído, olido u observado.
- + Ser concisa, específica y a la vez descriptiva.

2.1.8 Evaluación

Concepto

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso enfermero es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

Es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería y es parte integral de cada una de las etapas

Es el momento en el que la enfermera compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había formulado durante la planificación⁹.

La evaluación nos permite determinar:

- + El logro de los objetivos.
- + Identificar las variables que afectan al cliente.
- + Decidir si hay que mantener el plan de cuidados de enfermería.
- + Modificarlo o dar por finalizado el plan de cuidados.
- + La valoración del individuo, familia o comunidad para confrontar el estado de salud actual
- + Corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas.

⁹ **BENAVENT** Garcés Amparo, del rey Cristina Franco, Ferrer Ferrandis Esperanza "juicio y acción terapéutica, planificación, ejecución, evaluación" en enfermería 21. Fundamentos de enfermería pág. 356 - 357.

2.2 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON

Antecedentes Históricos de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri. En 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del ejército en Washington, D.C.

En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el *Henry Street Visiting Nurse Service* de Nueva York. Henderson identificó las necesidades básicas de los seres humanos en 14 componentes.

Analiza también una serie de pautas con características muy diversas y variadas, encaminadas a las personas, familias o comunidades desde una perspectiva holística que toma en consideración las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales del ser humano. Para Henderson los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según su criterio, en donde los cuidados son individualizados y dirigidos a las personas en su totalidad.

El modelo Henderson es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes Etapas del Proceso Atención de Enfermería, abarca cinco fases adecuadamente para el logro satisfactorio del paciente, encaminadas a la detección de problemas de salud potenciales o ya establecidos donde se emplean intervenciones de Enfermería para intentar corregir las alteraciones de salud, estructurando prioridades, formulando estrategias e intervenciones oportunas de enfermería con una máxima eficacia.

Teoría de las necesidades básicas (Virginia Henderson)

A Virginia Henderson, hay que reconocerle sus inmensas aportaciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, docente, escritora e investigadora; durante los cuales su actividad editorial fue muy prolífica.

Su definición de Enfermería apareció publicada por primera vez en 1955 en la quinta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, de Hauner y Henderson. Afirma que “la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que podría desarrollar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios,

siempre con el objetivo de ayudarlo a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible”.

Los postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson:

- ✚ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ✚ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ✚ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo, entero y/o independiente”.
- ✚ Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson. La enfermera tiene funciones que le son propias. Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez funciones propias a un personal no cualificado. La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Núcleos conceptuales de Enfermería

Los paradigmas proyectan diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería y dirigen las actividades de una disciplina. Es por ello que en el trabajo que realizan las enfermeras se observan características de los diferentes paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia.

Metaparadigma

Es el conjunto de conceptos globales que nos ayudan a identificar los fenómenos de interés para el desarrollo de una disciplina, los metaparadigmas de enfermería son: **Persona, Entorno, Salud, Enfermería**. Empleados para la explicación de sus investigaciones y argumentaciones

El metaparadigma de enfermería contiene cuatro elementos fundamentales:

- ▶ PERSONA
- ▶ ENTORNO
- ▶ SALUD
- ▶ ENFERMERÍA

PERSONA: Es el sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno.

ENTORNO: Comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona, por lo que un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se contextualiza el entorno.

El entorno comprende además los sitios donde la persona se desarrolla: el hogar, la escuela, los centros de trabajo y los lugares en los que atiende su salud.

La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud – enfermedad.

SALUD: La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, y permitir la realización de las actividades cotidianas.

2.2.4 Necesidad fundamental o básica:

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

Virginia Henderson, conceptualiza al individuo al individuo como un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, socioculturales y espirituales; que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica), y promover su desarrollo y crecimiento.

2.2.5 Dimensiones holísticas

Biológica, Psicológica, Sociológica, Cultural y Espiritual. (Estas dimensiones pueden modificar la manifestación y la satisfacción de cada una de las necesidades¹⁰).

2.2.5 Las 14 necesidades básicas del ser humano (Virginia Henderson)

De acuerdo a Henderson, las 14 necesidades fundamentales son:

➤ Oxigenación

¹⁰ MARRINER, Tomey A. Raile Alligood M. "Modelos y teorías de Enfermería" Cap. 9, 4° edición. Editorial Mosby

- Nutrición e Hidratación
- Eliminación
- Moverse y Mantener una Buena Postura
- Descanso y Sueño
- Vestirse y Desnudarse
- Termorregulación
- Higiene y Protección de la piel
- Evitar peligros
- Comunicación
- Creencias y Valores
- Trabajo y Realización
- Recreación
- Aprendizaje

2.3 ABORTO

2.3.1 Concepto

Es la expulsión del feto antes de que sea viable, esto es, antes de las 20 SDG con un peso menor de 500 gramos. El aborto de acuerdo al tiempo se le denomina temprano, que ocurre antes de la semana 12 de gestación o tardío si aparece de la semana 12 a la 20 de gestación y puede o no estar precedido por una amenaza de aborto¹¹.

Factores de Riesgo. Estos se Clasifican en:

CATEGORIAS DE LOS FACTORES DE RIESGO			
FACTORES BIOFISICOS	FACTORES PSICOSOCIALES	FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS	FACTORES AMBIENTALES
Consideraciones genéticas	Tabaco	Bajos ingresos	Infecciones por sustancias ambientales
Estado nutricional	Cafeína	Falta de cuidado prenatal	Radiaciones
Trastornos médicos	Alcohol	Edad	Químicos (pesticidas)
	Drogas	Paridad	Drogas terapéuticas e ilícitas
	Situación psicológica	Estado civil	Contaminantes ambientales
		Origen étnico	Estrés
			Dieta
			Exposición paterna a agentes mutagénicos en el lugar de trabajo

¹¹ MONDRAGON Héctor. Ginecoobstetricia elemental pág. 319

Clasificación de todos los tipos de aborto

TIPO DE ABORTO	CANTIDAD DE HEMORRAGIA	DOLOR UTERINO	EXPULSION DE TEJIDOS	ORIFICIO CERVICAL INERNO	TAMAÑO DEL UTERO
Amenaza	Leve manchado	Leve	No	Cerrado	De acuerdo con la duración del embarazo
Inevitable	Moderada	Leve a intenso	No	Abierto	De acuerdo con la duración del embarazo
Incompleto	Fuerte, profusa	Intenso	Si	Abierto con tejido en el cérvix	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Completo	Leve	Leve	Si	Cerrado	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Retenido	Ninguna, manchado	No	No	Cerrado	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Séptico	Varía por lo general fétida	Varía	Varía	Por lo general abierto	Cualquiera de los anteriores con dolor
Recurrente	Varía	Varía	Si	Por lo general abierto	Cualquiera de los anteriores

2.4 ABORTO SEPTICO

Concepto

Es aquel en que además de haber todos los datos de un aborto infectado, presenta un proceso inflamatorio sistémicos.

Fisiopatología

Puede asociarse a una ruptura prolongada e inadvertida de las membranas, al embarazo asociado a la presencia de un dispositivo intrauterino o a un intento de interrupción del embarazo por una persona no calificada.^{12 12}

Manifestaciones clínicas

- Fiebre
- Dolor / cólico en la pelvis asociado a la lumbar
- Sangrado abundante

Complicaciones

- Histerectomía
- Hemorragia severa – muerte
- Sepsis

Características del aborto séptico

Cantidad de hemorragia: Varía, por lo general es fétida.

Dolor uterino: Varía, (dolor abdominal de leve a profuso)

Expulsión de tejidos: Si hay

Orificio cervical interno (dilatación): Por lo general abierto.

Tamaño del útero: De acuerdo a la duración del embarazo o mas pequeño de lo esperado para la duración del embarazo.

Fiebre

Gérmes más comunes

- Estafilococo dorado
- Coliformes
- Bacteroides

- Clostridium Wellchii
- Estreptococos

Las infecciones más comunes son por gram negativos y clorstridium.

Diagnostico diferencial

Infección vaginal no tratada

Sepsis general

Cáncer cérvico uterino

Leucocitos mayor 12000 células/ml

2.4.8 Tratamiento

Hospitalización

Cultivo de secreción endocervical, hemocultivo, antibiograma

Antibióticos de amplio espectro (con 12 horas de anterioridad)

Interrupción del embarazo (succión y curetaje)

2.5. DUELO DESPUES DE UN ABORTO

El duelo es una respuesta emocional normal desde un punto de vista subjetivo ante la pérdida ya que es esencial para una buena salud mental y física; que le permite al individuo a que se adapte gradualmente a la perdida y aceptarlo como una realidad.

El duelo es un proceso social que es compartido y llevado a cabo con ayuda de los demás.

Entre los síntomas que acompañan al duelo son la ansiedad, la depresión, pérdida de peso, dificultades en la deglución, vómitos, fatiga, dolores de cabeza, el vértigo, el desmayo y visión borrosa, puede haber rash cutáneo, sudoración excesiva, trastornos menstruales, disnea, palpitaciones, dolor torácico y la infección.

Las personas afligidas pueden experimentar alteraciones en la libido; en la concentración trastorna en la alimentación, en el sueño, en la actividad y en la comunicación.¹³

Estadios del duelo

Kubler – Ross describe 5 estadios que son:

Negación – Existe un rechazo en creer que está sucediendo la perdida.

Enojo – Se asume una alegría superficial para prolongar la negación de la perdida.

Negociación – Se expresan sentimientos de culpa o miedo de castigo por los pecados anteriores reales o imaginarios.

Depresión – Se queja de lo que ha sucedido y de lo que puede ser.

Aceptación – Hay una adaptación de lo perdido.

Engel (1964): Describe 6 estadios del duelo

- Shock e incredulidad
- Desarrollo de la conciencia
- Restitución
- Resolver la pérdida
- Idealización
- Desenlace

Clark (1984): Describe 3 fases que a través del cual progresan las personas en procesos al duelo y que duran desde los últimos 6 meses hasta los 2 años.

Martocchio (1985): Expone 5 grupos de duelo

- Shock e incredulidad / es un sentimiento que ocurre después de la muerte de un ser querido.
- Anhelo y protesta / es el cólera que siente la persona afligida y se dirige al difunto por haber muerto
- Angustia, desorganización y desesperación / es cuando se acepta la realidad de la pérdida se puede producir depresión, el llanto es muy común en esta etapa
- Identificación / las personas afligidas asumen la conducta, los rasgos y hábitos del difunto, pueden experimentar los mismos síntomas de la enfermedad
- Reorganización y restitución/ es la consecuencia de la estabilidad y reintegración puede llevar un periodo de tiempo que varía mucho de menos de un año o varios años

Tipos De Duelo

Duelo corto – Es breve pero genuinamente sentido

Duelo anticipado – Se experimenta antes del suceso

Duelo patológico - Es un duelo no resuelto, reprimido o demorado

Duelo no resuelto – Es el que se prolonga en cuanto a tiempo y duración

Duelo Inhibido – Se suprimen muchos síntomas normales y suelen experimentarse otros efectos incluidos los somáticos.

Factores que Influyen en el duelo

- La Edad
- Nivel de desarrollo sobre reacción de pérdida
- Nivel cultural
- Creencias espirituales
- El rol sexual
- Estatus socioeconómico

La aceptación del duelo de los seres queridos fomenta una estructura de soporte familiar unida. Los pacientes pueden sentirse temerosos a desarrollar nuevas relaciones.

El estado físico y psicológico es indicador de la resolución del duelo. Los pacientes pueden tratar de volver a sus actividades normales demasiado deprisa, antes de que hayan resuelto su duelo. Pueden sufrir una reaparición de los síntomas de duelo¹³.

2.6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definición

Es la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después del término.

Epidemiología

Tiene importantes repercusiones en los resultados peri natales, siendo la causa de más del 30% de los partos pretérmino, la causa de un 10 % de mortalidad peri natal. Las decisiones que se tomen pueden representar mayor o menor riesgo de infección pudiendo determinar diferentes tipos de intervenciones para terminar el embarazo.

Existen controversias en cuanto a la conducta de manejo, sobre todo si hay que inducir el parto o tomar una actitud expectante, si hay que utilizar antibióticos o no, y sobre la utilización o no de útero inhibidores, corticoides y antibióticos.

Fisiopatología

La pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas puede ocurrir por diversas causas, como agresión externa (amnioscopia, amniocentesis, etc.), pero habitualmente la causa es desconocida.

La infección endocervical o intraamniótica se han relacionado con la producción de peroxidasas, colagenazas y otras proteasas producidas por el metabolismo bacteriano, ocasionando debilidad de las membranas. También actúan sobre células deciduales favoreciendo la producción de fosfolipasas que estimulan la producción de ácido araquidónico a partir del cual se producen prostaglandinas generando contracciones uterinas, aumentando la presión intrauterina, favoreciendo la ruptura prematura de membranas.¹⁴

Clasificación:

- Prematura
- Precoz
- Oportuna
- Tardía
- Tempestiva
- Artificial
- Espontánea
- Alta
- Baja

Tratamiento

En embarazos a término o cerca de él se indica la terminación del embarazo, tomando las medidas necesarias para evitar infecciones intra-amnióticas.

Se puede inducir el trabajo de parto con gel de prostaglandinas intra-cervical (PGE2), en caso de cérvix inmaduro, también se plantea la conducta expectante, hasta el desarrollo del trabajo de parto espontáneo que ocurre comúnmente 24 horas después.

Previo cultivo de secreciones endocervicales y vaginales debe aplicarse antibiótico, para prevención de infecciones intra - amnióticas, sepsis neonatal y endometriosis puerperal.

Antes de un embarazo a término, se plantean dos conductas la intervencionista; la interveccionista y la expectante, la primera consiste en la extracción del producto sin importar la edad gestacional al momento de captarse. En la segunda se mantiene en observación al binomio, con toma de exámenes de laboratorio como parámetros para evaluar indicios de infección materno y/o fetal, periódicamente (cada 24-48 hrs.), según el estado de la madre y el producto, con toma de cultivos, antibioticoterapia, inductores de madurez pulmonar fetal y neuroprotección fetal, con la finalidad de ganar el mayor tiempo posible, sin exponer la salud materna y/o fetal, lo anterior se aplica con embarazos mayores de 26 semanas y menores a 37 semanas. Con embarazos de 26 semanas o mas se procede a la interrupción del mismo.

La vía de resolución se determina por las condiciones obstétricas y posibles complicaciones propias del padecimiento.

III. METODOLOGIA

El presente estudio tendrá 2 ejes fundamentales; el primero estará centrado en la metodología del PAE el cual se abordara desde su clasificación en cinco etapas:

Valoración
Diagnostico
Planeación
Ejecución
Evaluación

La orientación a partir de la cual se significa al PAE será desde la visión del pensamiento crítico que exige a la enfermería la puesta en marcha de sus habilidades cognitivas especializadas en el cuidado de la salud humana.

Se entiende por pensamiento crítico: El pensamiento crítico según lo estudiado se puede deducir como un pensamiento en el cual nosotros ponemos en práctica aptitudes racionales, valores para acercarse a la verdad de un hecho y esto nos va a hacer de suma importancia en nuestra profesión ya que si somos capaces de formarnos con un pensamiento crítico, nosotros vamos hacer personas competentes lo cual hará que nosotros podamos distinguirnos de personas cerradas que lo único que consiguen es bloquearse ellas mismas.

El pensamiento crítico aplicado en la práctica enfermera: Las enfermeras deben pensar de forma crítica, ya que las decisiones de enfermería pueden afectar profundamente las vidas de los clientes y sus familias. Pero el pensamiento crítico no se limita a resolver problemas o adoptar decisiones; las enfermeras profesionales utilizan el pensamiento crítico para hacer observaciones formales, extraer conclusiones válidas, crear información e ideas nuevas, evaluar líneas de razonamiento y mejorar su propio conocimiento.

Las habilidades que se desarrollan son:

Análisis
Síntesis
Inferencias
Inducción
Deducción

El segundo eje es de carácter teórico y se sustenta en las necesidades fundamentales de Virginia Henderson como un referente para ubicar al paciente –

persona y orientar las intervenciones hacia el cuidado y la persona y no a la enfermedad y a la curación.

Valoración

Para la valoración de Enfermería se utilizó como método la observación, la entrevista y el método clínico; los datos obtenidos se registraron en un instrumento. Las fuentes para obtener información fueron primarias y secundarias. Como fuente primaria se consideró a la mujer embarazada y como fuente secundaria el historial clínico, expediente, familiares, otras personas de la salud.

Diagnósticos de Enfermería

Para la elaboración de los DX de enfermería se utilizó el formato PES y la Taxonomía (NANDA).

El formato PES cuyas siglas significan: **P**- problema, **E** – etiología, **S** – signos y síntomas, permitió darle una estructura lógica al enunciado diagnóstico el cual tiene conectores lógicos que pretenden establecer la relación entre el problema – etiología y la etiología – signos y síntomas; por tanto el conector que vincula al problema con la etiología es relacionado con y el que une a la etiología con los signos y síntomas es manifestado por la taxonomía NANDA que se utilizó en la última publicación (2007- 2008) la NANDA considera que los elementos que integran al diagnóstico son:

Etiqueta DX

Definición del DX

Factores relacionados

Características definitorias

Planeación

Esta etapa implicó la toma de decisiones vinculado con los cuidados, en este sentido las intervenciones que se planearon fueron independientes, dependientes e interdependientes.

Para conocer si estas intervenciones ayudaron a alcanzar el objetivo del cuidado dentro de la planeación se contemplaron los criterios de resultado.

Ejecución

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes

secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

Evaluación

La evaluación es la última fase del PAE y permite comparar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados propuestos en el plan de atención.

IV. INSTRUMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

4.1 VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA

1.-DATOS DE INDETIFICACION

Nombre: ANDREA BELLO ANGELINO Domicilio: 5 de mayo # 3 San Gabriel, Jonacatepec, Morelos Edad: 17 AÑOS SEXO: mujer Nacionalidad: mexicana
 Fecha de nacimiento: 27 DIC. 1992

Ocupación: mesera Escolaridad: secundaria Religión: católica

Lugar de origen: Morelos Estado civil: concubinato

Familiar responsable: mama

La señora A.B.A se encuentra en el servicio del modulo mater, ella tiene 17 años, religión católica, estado civil concubinato desde el mes de Enero, escolaridad de secundaria terminada, su lugar de origen es de Jonacatepec Morelos; talla 1,50cm con peso actual de 54 Kg T/A 130/80, FC 84 X', FR 22 X', Temp. 38.5 °C

Antecedentes de Gineco Obstetricia: Menarca a los 12 años de edad, con ritmo de 28x3, IVSA a los 16 años, ha tenido 1 pareja sexual circundada (concubino), como método de planificación familiar hasta antes de su embarazo utilizo el preservativo, FUM 27/11/08 Gesta 0, Para 0, Cesárea 0, Aborto de evolución aproximadamente de 24 hrs, que por ultrasonido se aprecia desprendimiento del saco gestacional y placenta, por FUR de 12.5 SDG

Exploración física: Alerta, orientada, en apariencia tranquila, con ligera palidez de tegumentos, mucosas oftálmicas hidratadas y orales con deshidratación leve, miembros torácicos sin edema, mamas turgentes, sin secreción Láctea, pezones formados, abdomen blando con hiperpigmentación de línea morena , STV en cantidad moderada con olor fétido, de color chocolate con restos de tejido placentario, al tacto presenta dilatación de 5 cm, cuello con reblandecimiento presente, no presenta edema en miembros pélvicos con buena respuesta a reflejos.

NOTA: La paciente no presenta signo de Giordano.

La paciente refiere sentir dolor tipo cólico, frío y pregunta a la enfermera que es lo que le van a hacer y manifiesta su preocupación de no volver a embarazarse

Aún dentro del consultorio la familiar que es su madre le refiere que le diga donde localizar a su pareja para avisarle a lo que ella responde que no sabe si le va a avisar.

Por la complejidad del evento se inicio desde el consultorio de modulo mater una solución Glucosa al 5% para 8 horas y se le indico un gramo de Ceftazidima IV cada doce, se le tomo un cultivo de la secreción transvaginal.

- está compuesta por frutas, verduras, tortilla, leche, huevo y toma de 1 a 2 litros de agua al día
- Eliminación: evacua de una a dos veces por día, la eliminación urinaria de tres a cuatro por día.
- Moverse y Mantener una Buena Postura: camina 20 min. diariamente
- Descanso y Sueño: descansa por las noches al acostarse y duerme entre 8 y 10 hrs. Diarias
- Vestirse y Desnudarse :utiliza ropa de acuerdo a la época y al clima
- Termorregulación: manifiesta sentirse muy caliente del cuerpo y se le observa rubicundez de la cara, presenta temperatura de 38.5°C.
- Higiene y Protección de la piel: se baña una vez al día y se realiza cambio de ropa diario, el aseo bucal es de dos veces por día.
- Evitar peligros: presenta datos de infección por la presencia del sangrado transvaginal chocolateado y fétido.
- Comunicación: tiene buena comunicación con su familia, con sus vecinos y con su pareja.
- Creencias y Valores: se encuentra deprimida por la pérdida de su bebe, se encuentra llorando y triste.
- Trabajo y Realización: manifiesta angustia y duda por la inquietud de tener un embarazo a futuro.
- Recreación: escucha el radio y ve televisión.
- Aprendizaje: reconoce no tener limitantes para aprender.

4.2 Valoración de necesidades humanas

- Oxigenación: niega algún antecedente que altere su patrón respiratorio, presenta FR de 22''
- Nutrición e Hidratación: manifiesta llevar una dieta un poco equilibrada y presenta un peso acorde a su talla. Su alimentación

NECESIDAD	PROBLEMA	DX. DE ENFERMERIA
Trabajo y realización	Desesperanza	Desesperanza relacionada a la maternidad no realizada manifestada por angustia y verbalización de que ya no puede tener embarazos futuros
Actuar de acuerdo a sus creencias y valores	Duelo	Duelo relacionado a la perdida del producto manifestado por llanto y tristeza
Evitar riesgos y peligros	Hipertermia	Hipertermia relacionada a la ruptura prematura de membranas placentarias manifestada por incremento de la temperatura corporal de 38.5°C y sangrado transvaginal chocolateado y de olor fétido.
Termorregulación	Hipertermia	Hipertermia relacionada con la ruptura de membranas amnióticas manifestado por el incremento de la temperatura 38.5°C y la presencia de sangrado transvaginal chocolateado y fétido

Necesidad: Trabajo y realización

Objetivo: disminuir su angustia y temor viéndose reflejado en tranquilidad del cliente

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
-Desesperanza relacionada a la maternidad	<p>ID= explicarle claramente todo el proceso que ella paso y la manera de cómo cuidarse y tratarse en un futuro embarazo.</p> <p>ITD= decirle que acuda a grupos de apoyo psicológico y de recreación.</p> <p>ITD= canalizar intervenciones de ayuda tanatologa.</p> <p>ID= explicarle que debe planear</p>	<p>-La comprensión y el análisis sobres los diferentes trastornos que se presentan en el organismo que nos conducen a una buena toma de decisiones</p> <p>-La comunicación terapéutica mejoran la exploración de los pensamientos y sentimientos personales y la expresión emocional del dolor.</p>	<p>-Se le informa acerca de los métodos de planificación familiar.</p> <p>- orientarla sobre los grupos de apoyo y fomentar la recreación</p>	<p>- Se envió con la tanatologa.</p> <p>- Logro entender lo que se le explico sobre la planeación de embarazos futuros</p> <p>- Se le coloco el DIU</p>

	<p>embarazos futuros.</p> <p>D= explicarle la importancia de llevar un control prenatal ante la sospecha de un embarazo.</p> <p>D=Explicarle la importancia de los métodos de planificación familiar</p>	<p>-El llevar a cabo un TX médico acompañado de un control prenatal, es de suma importancia para el bienestar físico y psicológico de la madre y del producto.</p>	<p>- se le dijo que acuda al médico para llevar un buen control prenatal.</p>	<p>- Se le dieron platicas sobre los métodos de planificación familiar y logro entenderlos</p>
--	--	--	---	--

Necesidad: De actuar de acuerdo a sus creencias y valores

Objetivo: favorecer el proceso del duelo

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Duelo relacionado a la pérdida del producto manifestado por llanto y tristeza.	<p>ID= orientar a la paciente para que exteriorice las dudas que tenga y sus sentimientos</p> <p>ID= establecer una relación de confianza si la paciente lo permite para que pueda manejar sus emociones y evitar en tiempos futuros la sensación de culpa.</p> <p>ITD= proporcionar consejería para acudir con un psicólogo, tanatologo y/o grupos</p>	<p>- La percepción de cada individuo tiene cierta influencia sobre su comportamiento.</p> <p>- La comunicación es una función de la corteza cerebral.</p> <p>- La enfermera puede y debe incrementar conservar la eficacia de los cuidados que se están relacionados con las funciones de integración familiar e individual.</p> <p>- El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con</p>	<p>- se dedicara un tiempo disponible exclusivo para ella para que exteriorice sus emociones.</p> <p>- se le proporcionara apoyo psicológico y emocional con psicoterapeuta y tanatologo para afrontar el duelo.</p> <p>- se le dirá a su familiar la importancia que este en constante</p>	La paciente decide que se le localice a su pareja y se le informe, ella misma pide a su madre que la apoye y que pida los datos d como sacar una cita con el psicólogo, a su vez sigue llorando refiere sentirse mal por la pérdida de su bebe.

	<p>de auto ayuda cuando ella lo considere necesario.</p> <p>ITD= sugerir al familiar que la acompaña (madre) que la apoye y que no realiza juicios sobre lo sucedido.</p> <p>ID= fomentar que se le informe al padre sobre los hechos acontecidos para que la paciente tenga más apoyo emocional</p> <p>ID= explicarle cual es el tratamiento a seguir e indicar que debe de seguirlo en tiempos venideros llevar control de su salud con los médicos y no minimizar las situaciones que le ocurran</p>	<p>otros y para su expresión.</p> <p>- la narración de lo problemas que producen tensión y emociones en presencia de un oyente que no juzgue pero si sea receptivo, puede reducir el grado de tensión o emoción temporal o permanente</p> <p>- favorecer la expresión adecuada de las emociones de la manera más directa y que armonice con la seguridad y el bienestar del paciente por ejemplo permitiendo al paciente expresar miedo y frustración sin sentido de culpabilidad, de castigo o de represión</p>	<p>comunicación</p> <p>Se solicito la presencia de un familiar</p>	<p>Conto con el apoyo de su madre todo el tiempo.</p> <p>Se localizo a su pareja y la apoyo.</p>
--	--	--	--	--

Necesidad: De evitar riesgos y peligros

Objetivo: disminuir la temperatura corporal ha 36.5°C o 37°C para evitar riegos

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD=interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Hipertermia relacionada a la ruptura de membrana placentaria manifestado por incremento de la temperatura corporal 38.5°Cy sangrado transvaginal chocolateo y fétido</p>	<p>ID= aplicación de compresas frías.</p> <p>D= canalizar vena periférica e iniciar hidratación, antipiréticos y antibióticos.</p> <p>D= prepararla para pasar a toco- cirugía.</p> <p>ID= tomar exámenes de laboratorio BH, TPT, TP, Hemocultivo.</p> <p>ID= explicarle claramente a la paciente que es una infección y como la que tiene.</p>	<p>- Una infección es un proceso en el cual un agente infeccioso (principalmente microorganismos, pero se incluyen a los helmintos) penetra al organismo, crece y se multiplica dentro de el.</p> <p>- Los signos y síntomas que indican infección incluyendo a los que se asocian con la inflamación: locales(edema, enrojecimiento, dolor, calor y perdida de la función) y sistémicos</p>	<p>- se cambiaron las compresas frías constantemente para lograr el descenso de la temperatura</p> <p>- Vigilar el ingreso de líquidos para mantener una buena hidratación.</p> <p>- iniciar con el esquema de antibióticos lo más pronto posible.</p>	<p>- se logro disminuir la temperatura a 37°C.</p> <p>- La paciente paso a toco – cirugía a un proceso quirúrgico LIU.</p> <p>- Logro entender lo que se le explico acerca de las características del sangrado transvaginal</p>

	ID= explicarle que el sangrado transvaginal debe de ser color rojo brillante y no chocolatoso como el que ella presenta	(laxitud, malestar, cefalalgia, lesiones en la piel, mucosas y fiebre)		
--	--	--	--	--

Necesidad: termorregulación

Objetivo: disminuir la temperatura a 36°C – 36.5°

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD=interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Hipertermia relacionada a la ruptura de membrana amniótica manifestado por incremento de la temperatura 38.5°C manifestado por sangrado transvaginal chocolateo y fétido</p>	<p>ID= llevar un control de signos vitales curva térmica</p> <p>ID= vigilar coloración de la piel</p> <p>D= se realizara control digestivo de exámenes de laboratorio</p> <p>ID= cuantificara ingresos y egresos de líquidos</p>	<p>-El incremento de la temperatura corporal y el enrojecimiento de la piel puede indicar una infección sistemática.</p> <p>- El recuento leucocitario de la sedimentación de los eritrocitos elevados y un cultivo de sangre positivo son indicativos de una infección.</p> <p>- un adecuado equilibrio de liquido incrementa la salud de los tejidos corporales y permiten a estos mantenerse y reconstruirse</p>	<p>-Se mantendrán signos vitales dentro de la normalidad, vigilar estrechamente curva de la temperatura</p> <p>-Se vigilara la coloración de la piel y la hidratación de la misma.</p> <p>- se tomaran muestras de sangre incluyendo cultivo para buscar que tipo de microorganismo patógeno se</p>	<p>- se logro disminuir la temperatura a 37°C.</p> <p>- se disminuyo la coloración de la piel</p> <p>- se reportaron resultados de laboratorio y se inicio antibiótico de elección.</p> <p>- se mantuvo un buen estado de hidratación.</p>

			<p>encuentra provocando el proceso infeccioso.</p> <p>-se llevara un control de líquidos para mantener un equilibrio adecuado evitando la deshidratación</p>	
--	--	--	--	--

V. CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de enfermería es un método sistematizada que tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera ya que define el campo del ejercicio profesional y produce un aumento de la satisfacción laboral y profesional además el usuario es beneficiado por que se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

En cada paso del proceso el profesional de enfermería trabaja en estrecho contacto con el paciente para individualizar los cuidados y desarrollar una relación de respeto y confianza mutua.

El presente desarrollo del proceso de atención de enfermería que se aplico a la señora A.B.A me deja una gran experiencia y aprendizaje de cómo abordar y atender el proceso de duelo por el que ella estaba pasando, esto me permitió llevar una interacción cliente – enfermera llevando a cabo planes y estrategias basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y así realizar las intervenciones de enfermería en base a lo planeado y el logro de los objetivos.

La evaluación de los cuidados brindados a la paciente dentro de los objetivos que se plasmaron fueron superados en gran medida por la accesibilidad y la disposición de interactuar de la propia paciente y su familia pese a la situación que se estaba viviendo y a la corta edad de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO-Lefevre Rosalinda “Aplicación del proceso enfermero”. 3° edición, Editorial Mosby

RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia. Proceso enfermero. Aplicación actual 2° Edición México. Editorial Cuellar

MONDRADON Castro Héctor Ginecoobstetricia elemental 2° Edición Editorial Trillas México 2008.

ANDRADE Cepeda Rosa Ma. Guadalupe, Martínez Rosas Nohemí. Desarrollo científico Enferm. Vol. 12 N°1 Enero – Febrero, 2004

KOZIER Barbará, G. ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica 5ª edición y 7ª edición Mc Graw Hill

MARRINER, Tomey A. Raile Alligood m. Modelos y Teorías en Enfermería. Cap. 9 4° edición. Editorial Mosby

NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Editorial Elsevier. España 2007-2008.

PACHECO Arce Ana Laura. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado. Ediciones UNAM-ENEO. México 2005.

TELLEZ Ortiz Sara Esther. Antología “cuidado emocional al enfermo terminal y asu familia”. UNAM – ENEO, México 2002.

NORDMARK Madelyn, Rohweder Anne. “Bases científicas de la Enfermería”, 2° Edición. Editorial El manual moderno

Otras fuentes:

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=virginia+henderson&meta>

http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_psicol%C3%B3gico