



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN UNA PACIENTE
EMBARAZADA CON 20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL CON AMENAZA
DE ABORTO BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA:

EDGAR CARDOZO NARANJO

No. DE CUENTA

408116314

DIRECTORA ACADÉMICA:

MTRA. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
General	
Específicos	
CAPITULO I	
1.1 METODOLOGÍA	9
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO.	
2.1 Definición de enfermería	12
2.2 Proceso atención enfermería	13
2.2.1 Antecedentes del Proceso de Enfermería	13
2.2.2 Características del Proceso de Enfermería	16
2.2.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	18
Etapa de Valoración	18
Etapa de diagnóstico de Enfermería	19
Etapa de Planeación	23
Etapa de Ejecución	25
Etapa de Evaluación	27
2.3 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson	28
2.3.1 Fundamentos del Modelo de Virginia Henderson	29
2.3.2. Necesidades Básicas del modelo de Virginia Henderson	30
2.3.3. Definición de los Conceptos Básicos de Virginia Henderson	30
2.3.4 Modelos conceptuales de Enfermería	33
CAPÍTULO III	
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	

3.1 Ficha de Identificación	35
3.2. Presentación del Caso	36
3.3. Ejecución, Diagnósticos, Resultados esperados, intervenciones y evaluación de enfermería	47
3.4. Plan de alta Propuesta	66
CONCLUSIONES	67
SUGERENCIAS	67
GLOSARIO	68
ANEXOS 1	71
ANEXO 2	71
ANEXO 3	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86

INTRODUCCIÓN:

El presente proceso de atención de enfermería fue aplicado a una mujer embarazada de 20 SDG con amenaza de aborto, a quien después de realizada la valoración. El presente trabajo tiene el propósito de otorgar atención personalizada con los conocimientos las habilidades y aptitudes humanistas que se requieren de los profesionales de enfermería.

La labor del personal de enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano. El desempeño profesional de enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud sin importar condición, género, edad o práctica religiosa.

Este proceso se desarrolla para satisfacer las necesidades básicas de una mujer embarazada con amenaza de aborto y está basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas.

Por tal motivo para brindar una atención integral capaz de ayudar a la persona a mejorar su estilo de vida, la enfermería actual se basa en el proceso enfermero el cual es un método científico que se utiliza para identificar problemas o alteraciones, a través del cual la enfermera se interesa por el cuidado de la persona y constituir así una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad, tomando en cuenta que el Proceso Atención de Enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística valorando todas las necesidades del individuo y su entorno, sus necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

En este estudio se desarrollan los objetivos: general y específicos, posteriormente se inicia con capítulos: en el primero se mencionan aspectos relevantes de la metodología donde se describe cómo se llevo a cabo la elaboración de este trabajo.

En el segundo capítulo se resaltan elementos del marco teórico: se describe la evolución de la Enfermería como profesión, así como su conceptualización, se define el proceso atención de enfermería, las etapas que lo integran, así como las generalidades del Modelo de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del meta paradigma de Enfermería según Virginia Henderson.

En el tercer capítulo se aplica del Proceso Atención de Enfermería a una mujer de 20 Semanas de gestación con amenaza de aborto, ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las 14 necesidades básicas, donde se establecen los Diagnósticos de Enfermería en base a los editados por la NANDA. Se planean los cuidados y se ejecutan las intervenciones finalmente se realiza la evaluación y un plan de alta para seguimiento.

En otro capítulo se describen las conclusiones donde se señala el cumplimiento de los objetivos. Después se incluye un capítulo con las sugerencias para la atención de enfermería en estas pacientes

Se incluyen dos capítulos uno de glosario y otro de anexos que están conformados con un instrumento de valoración y generalidades de las alteraciones que se dan en la amenaza de aborto.

Finalmente se integra un capítulo con las referencias bibliográficas en donde se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo.

En los anexos se integra el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas en base al modelo de Virginia Henderson Guía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

JUSTIFICACIÓN

El presente proceso atención de enfermería será aplicado a una primigesta con un Embarazo de 20 SDG más amenaza de aborto, atendida en el servicio de Modulo Mater el día 23 de enero del 2012, ubicado en el área de urgencias del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla Morelos, por ser un embarazo de alto riesgo para la paciente.

El licenciado en enfermería y obstetricia tendrá un compromiso para mantener la salud, sin poner en riesgo la vida del producto teniendo como herramienta el seguimiento en la comunidad con la atención domiciliaria, misma que será aplicada mediante una entrevista directa utilizando un instrumento para la recolección de datos donde se valorarán todos los riesgos detectados, así mismo se desarrollarán las siguientes etapas del proceso atención enfermería donde se planeará, ejecutará y evaluará los resultados obtenidos en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona y su entorno.

Este trabajo pretende aportar conocimientos sobre el cuidado de la paciente embarazada con amenaza de aborto a los profesionales de enfermería de manera sistemática y holística, con la finalidad de desarrollar habilidades básicas para la planificación de estrategias. Teniendo siempre presente el lado humanista que es una de las características de nuestra profesión.

El profesional de enfermería debe de tener la habilidad y facilidad para hacer del Proceso Atención de Enfermería una guía con la cual nos apoyemos para otorgar una atención integral con calidad y calidez, además de saber identificar, valorar y elaborar diagnósticos de enfermería, así como resaltar la importancia de jerarquizar las necesidades del paciente, en su estado crítico relacionados con la amenaza de aborto.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Aplicar el proceso atención de enfermería en una paciente embarazada con 20 semanas de gestación con amenaza de aborto basado en el Modelo de Virginia Henderson, de manera holística, sistematizada y ética, con conocimientos científicos y de forma humanística, para prevenir daños irreversibles en los órganos vitales de la misma y del feto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar atención personalizada a la paciente, con calidad y calidez.
- Identificar las necesidades y respuestas humanas de la paciente, datos de alarma que indiquen riesgos para el binomio, a través de la valoración con el Modelo de Virginia Henderson.
- Determinar diagnósticos de enfermería reales y potenciales para así priorizar las intervenciones a realizar.
- Establecer un plan de cuidados que nos ayude a orientar a la paciente para detectar y expresar posibles complicaciones utilizando como instrumento las taxonomías NANDA, NOC, NIC.
- Evaluar las intervenciones con los indicadores para ver resultados alcanzados.

CAPITULO: I

1 .1 METODOLOGIA

El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este trabajo para así llegar a su desarrollo y aplicación, surgió la necesidad de realizar una revisión bibliográfica del Modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería, así como amenaza de aborto. Posteriormente se solicitó asesoría de una docente de la ENEO la cual aceptó y se programaron las asesorías pertinentes en la misma escuela, con revisiones y correcciones del trabajo. Se jerarquizaron las necesidades funcionales de la paciente y utilizamos la taxonomía NANDA debido a que es fundamental en la formación de enfermeras (o) proporcionando un razonamiento hipotético y pensamiento crítico. Se identificaron los resultados mediante la utilización del NOC por medio de indicadores para poder planear y ejecutar las intervenciones NIC. Se logró obtener la confianza de la paciente mostrando siempre fundamentos científicos en la realización de los cuidados.

Valoración:

Es la primera fase del Proceso atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta,¹ son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.²

¹ RODRIGUEZ S, B. 2005 *Proceso Enfermero 2ª edición*, Ediciones Cuellar. México, D. F. P 12.

² Fernández Ferrín C. 1995 *El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería* Barcelona Editorial Masson-Salvat p 89

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con hechos reales y confiables
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.

Diagnóstico:

En esta etapa se lleva a cabo el análisis de la información recolectada, se identificaron los Diagnósticos de Enfermería con la taxonomía NANDA los cuales se determinaron con base en las necesidades alteradas y se establecieron los diagnósticos en reales, de bienestar y de riesgo.

Planeación:

En esta etapa se diseñaron estrategias de enfermería para el plan de cuidados con los resultados esperados y la jerarquización de necesidades de Virginia Henderson.

Ejecución:

En esta etapa se lleva a cabo el plan de cuidados con el desarrollo de las intervenciones y las actividades de enfermería utilizando para ello la taxonomía NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería).

Evaluación:

En esta etapa se analizan los resultados propuestos en el Plan de cuidados y la evolución de la persona

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de enfermería

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o compense las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud.

Enfermería es pues cuidar de la vida integral, respetando los derechos, sentimientos de la persona que cuida.³ Siendo integral porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo, considerando todas sus necesidades.

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito que ésta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.⁴

³ Cárdenas Margarita (2000) conceptualización de la enfermería Algunas consideraciones sobre epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 7. Numero 1-4.

⁴Ibidem 43

2.2 Proceso Atención Enfermería

Concepto

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

2.2.1 Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall(1955), Johnson (1959), Orlando(1961), y Wiedenbach(1963), los cuales consideraron un modelo de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Walls (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, planeación, realización y evaluación a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Desde tiempos atrás se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana (1500 d.c.). Eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuará cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementan, la enfermería empieza a ser reconocida como ciencia legítima a partir de los años 70s en la que se logró la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

A mediados del siglo XIX la enfermería dio un gran giro con la aparición de las teóricas, la reforma llegó de la mano de Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, luchó por la limpieza y la comodidad de los mismos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de los clientes, así mismo se tuvo una formación educativa elevando esta el status de profesión y que el pueblo aplicara medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras⁵.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación y no solamente la intuición y la dedicación. Florencia Nightingale dio su recomendación a Estudiantes de enfermería (1873): La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable, el honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla.⁶

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.

En la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la enfermería, las guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones.

⁵ Iyer, P.W., Tapich J., Et. Al. 1997 *Proceso de enfermería. Diagnósticos de enfermería*, 2a. ed., Editorial Interamericana, México p 5

⁶ Ibidem

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico.⁷

Planeación, ejecución y evaluación, durante las cuales la Enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- ❖ Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a las personas a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

Ventajas: la aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la Enfermera, profesionalmente el Proceso Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es el beneficiado, ya que mediante este se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.⁸

Las ventajas para la persona son:

⁷ RODRIGUEZ S. B. *Op. Cit.*.p 12

⁸ *Ibídem*

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

Las ventajas para la Enfermera son:

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

2.2.2 Características del Proceso de Atención de Enfermería

Es un método: Porque son una serie de pasos a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Sistemático:

Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista:

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

Intencionado:

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico:

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

Flexible:

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Interactivo:

Por requerir de la interrelación Humano- Humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana,⁹ dichas acciones para lograr objetivos son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una muerte tranquila.
- Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, la habilidad normal de una persona para cuidar de si misma (autocuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad, estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede

⁹Ibidem. P. 29

implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas , ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de decisiones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso atención de enfermería nos proporciona ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo
- Promueve el crecimiento profesional
- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la practica
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación.¹⁰

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su autocuidado
- Continuidad en su atención

2.2.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Etapa de Valoración:

Es la primera fase del Proceso atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta, son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona, en esta etapa se determina:¹¹

¹⁰ Ibidem 30

¹¹ Ibidem 32

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.¹²

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con hechos reales y confiables
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.¹³

Etapa de Diagnostico de Enfermería:

Es la segunda fase del Proceso atención de Enfermería, en donde después de haber recopilado, examinado los datos y se han detectado problemas de salud o enfermedad llevando a cabo un razonamiento diagnostico llevándonos a realizar un juicio o conclusión acerca de los problemas identificados que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

¹² Fernández Ferrín Carmen, Novel Gloria Op cit P.9

¹³ González M. J. 2004, *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México Editorial Progreso. p 36.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En ésta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

Taxonomía NANDA

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permite conseguir los resultados esperados;

Esta etapa comprende:

- Razonamiento diagnóstico
- La formulación del diagnóstico
- La verificación de los diagnósticos
- El registro de los diagnósticos

Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integran los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir con el juicio clínico.¹⁴

¹⁴ Rodríguez S, B. .: *Op. cit.* p 51

La formulación del diagnóstico:

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

Tipos de diagnóstico

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes: Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Ejemplo: Duelo r/c pérdida de una parte corporal extremidad corporal derecha, m/p tristeza llanto dificultad para expresar los sentimientos, pérdida del apetito y dificultad para conciliar el sueño.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, en el individuo, familia o

comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) marcha inestable y pérdida de la agudeza visual.

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual / lactancia materna eficaz.

La verificación de los diagnósticos

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿son suficientes los datos obtenidos para formular este diagnóstico?
2. ¿hay un patrón? ¿Hay datos subjetivos y objetivos con que constituirlos?
3. ¿se basa en conocimientos de enfermería?
4. ¿la situación descrita por el diagnóstico se puede solucionar solo con intervenciones de enfermería?
5. ¿si se le dan estos mismos datos a otros profesionales, de enfermería, formularían ellos el mismo diagnóstico?

El registro de los diagnósticos

Como el resultado del proceso de diagnóstico y de la asignación de enunciados para nombrar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.¹⁵

¹⁵IYER, P.W., TAPICH J., ET. AL *Op cit*, p

Etapa de planeación

Es la tercera etapa del Proceso Enfermero que inicia después de haber formulado los Diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes, es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas reducir o corregir las respuestas alteradas.

Los pasos para realizar la planeación son:

- Establecer prioridades
 - Elaborar resultados esperados
 - Documentar registrar el plan de cuidados
 - Establecer prioridades
 - Jerarquizar los problemas y necesidades detectadas en la etapa de diagnóstico. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es oportuno mencionar aquí, que bajo una concepción holístico – humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca o perpetua la enfermedad. Por lo tanto determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico con el objeto de tomar decisiones respecto a:
 - Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.
 - Que problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional
 - Que problemas trata usando planes estandarizados (p.ej., vías críticas, planes de cuidados estandarizados).
 - Que problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.
 - Planteamiento de los objetivos
 - Jerarquizadas las necesidades, se plantean los objetivos de acuerdo a los problemas, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones en enfermería.
-

- Existen dos tipos de objetivos:
- Objetivos de enfermería o criterios de proceso
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado
- Documentación en el plan de cuidados de enfermería
- El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, es la última etapa del plan de cuidados.
- El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.
- La finalidad de estos está dirigida a fomentar cuidados de calidad, utilizando para ello los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados y la evaluación.
- Tipos de planes de cuidado
- Individualizado
- Estandarizados
- Estandarizados con modificaciones
- Computarizados.
- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
-
- Estandarizado: un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
-
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. ¹⁶

¹⁶ Dueñas *El Proceso de enfermería* (consultado 20-02-2014) disponible en

TAXONOMIA NOC: Clasificación de resultados de enfermería:

- La taxonomía (NOC) se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de las intervenciones de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escala de medición.
- Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se requieren alcanzar en las personas, familia y comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.
- Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas.

El indicador se refiere a los criterios que permite medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en que se encuentra el resultado.

Etapa de Ejecución:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar al paciente al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona así

mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades:¹⁷

- Continuar con la recolección y valoración de los datos
- Confirmación diagnóstica
- Realizar las actividades de Enfermería Planteadas
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería
- Mantener informado al paciente en forma verbal
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizado.
- Actualmente se ha incluido la taxonomía NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería:
 - La taxonomía (NIC) es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el personal de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. La taxonomía está compuesta de dos elementos sustanciales: Las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la prescripción médica.

¹⁷ Ibidem

Etapas de Evaluación:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos

Establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias.

Según Henderson nos ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápido posible.¹⁸

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de dos partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

¹⁸Fernández F. C. Et. Al. Op cit p.10

2.3 Generalidades Del Modelo De Atención De Virginia Henderson



Virginia Henderson Antecedentes

Virginia nació en 1897 en Kansas City (Missouri). Paso su infancia en Virginia, durante la primera guerra mundial despertó en ella el interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C. Se Graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el Colegio de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de la enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la Clínica de Strong Memorial Hospital de Rochester N.Y. Posteriormente regreso al Teacher Collegue en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.

El Modelo de Virginia Henderson se basa en los siguientes postulados:

- 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 e independiente.

2.3.1 Fundamentos del Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

2.3.2 Necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.

- 1.-Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal.
- 8.- Mantener la higiene corporal.

- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.¹⁹

2.3.3 Definición de los Conceptos Básicos De Virginia Henderson:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

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.

La persona se define como un ser integral e indisociable, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades, las cuales deben tomarse en cuenta como

¹⁹ Henderson, V. *The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing*. Journal of advanced Nursing Volume 53 Issue 1 pages 21-31, January 2006 P.p. 24

punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.

Salud:

Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.

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

Entorno:

Mediante procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse más atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra:

- ❖ Físicos
- ❖ Ecológicos
- ❖ Sociales
- ❖ Culturales
- ❖ Políticos
- ❖ Económicos

Es decir de cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud enfermedad.

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

Enfermería:

Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo mas allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentales e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son:

- ✓ La persona.
- ✓ La salud.
- ✓ El cuidado.
- ✓ El entorno.

Afirmaciones teóricas:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.²⁰

2.3.4 Modelos Conceptuales de Enfermería

AUTORA:	FECHA	OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:	CLIENTE:
Virginia Henderson	1966	Independencia en la satisfacción de las 14 necesidades.	Un ser total, completo e independiente con 14 necesidades.
Dorothy Johnson	1980	Equilibrio de sistema de conductas y estabilidad dinámicas.	Sistemas de conducta, formado por 7 subsistemas.
Imogene King	1978-1987	Realización, mantenimiento	Tres sistemas o que

²⁰ *Enfermeras Teóricas - Virginia Henderson* (consultado el 03-mar-2014) disponible en www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

		restauración de la salud.	interaccionan, individuos, grupos y sociedad.
Myta Levine	1973	Promoción de la totalidad.	Ser holístico, sistema abierto.
Bety Newman	1982	Realización, mantenimiento del sistema del cliente.	Sistema abierto formado por una estructura básica o núcleo de factores de supervivencia.
Dorotea Orem	1985	Logro de una optima auto asistencia del cliente.	Unidad biológica, simbólica y socialmente pone en práctica actividades de auto cuidado.
Rose marie Pearse	1987	Transformación o sustitución de los patrones sanitarios.	Ser abierto con simultaneo intercambio mutuo con el entorno.
Martha Rogers	1970-1980	Logro del máximo potencial de salud.	Todo unificado que posee integridad, un campo de energía organizado que continuamente intercambia energía de entorno.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

3.1. Ficha De Identificación:

FECHA DE ADMISIÓN: 23 De Enero 2013

HORA: 15:30 hrs.

NOMBRE: Nancy Mariel C P

EDAD: 20 años

FECHA DE NACIMIENTO: 08 DE ABRIL DE 1993

SEXO: Femenino

PESO: 57 kg.

TALLA: 144.cm.

DOMICILIO: Calle Las Flores. Localidad, Xoxocotla Morelos

ESTADO CIVIL: Unión Libre

RELIGION: Católica

OCUPACIÓN: Ama de casa.

ESCOLARIDAD: Primaria.

TELEFONO: No cuenta actualmente.

PROCEDENCIA: Xoxocotla, Puente De Ixtla, Morelos.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Por interrogatorio directo con la paciente.

FIABILIDAD: (1-4)

3.2 Presentación Del Caso:

Se trata de la Sra. Nancy Mariel de 20 años de edad, Acude al Hospital Gral. Ernesto Meana San Román al servicio de modulo mater el día 23 de enero del 2013, embarazada cursando en el segundo trimestre. Por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio y en ambas fosas iliacas, escasa presencia de sangrado transvaginal, con ocho horas de evolución de intensidad constante, consciente y orientada se observa angustia y menciona temor por la pérdida de su bebe.

Al interrogatorio informa que vive en casa de sus suegros, construcción de tabique, con un numero de tres habitaciones cuenta con ventilación, e iluminación, animales domésticos no cuenta con fosa séptica, vías de comunicación colectivos, taxi, y moto taxi, lleva control prenatal en el Centro de Salud de esta localidad, cuenta con seguro popular.

De nacionalidad mexicana, escolaridad primaria, estado civil unión libre, con lugar de origen Xoxocotla Morelos, católica, ama de casa, con fecha de nacimiento del 08 de abril de 1993, con domicilio en calle las flores sin número de la localidad de Xoxocotla Mor.

AHF, madre con diabetes mellitus, APP sin importancia, AGO, FUM 01-10-12 gesta 1, para 0, cesárea 0, inicia control prenatal en el primer trimestre de gestación, hasta la fecha una consulta sin ingesta de acido fólico ni fumarato ferroso, sin esquema de vacunación contra tétanos y difteria

Aseo, refiere bañarse 2 veces al día con agua del canal por la mañana y por la tarde, aseo de manos 6 x día, aseo bucal 3 x día, cambio de ropa 2 x día. Alimentación carne 1 por 7, pastas 3 por 7, huevo 5 por 7, verduras 3 por 7, leche 0 por 7,

Frutas 1 por 7, agua 1 litros por día, pan y leguminosas 0 por 7, tortillas 4 por 7. Eliminación, 3 veces por día heces duras, micciones 6 x día, descanso 12 hrs de

sueño, hr de descanso de 16 a 18 hrs. Convive con su suegro el cual se dedica a barrendero, su suegra es ama de casa, su cuñado es albañil, y su esposo labora como peón de albañil.

La Sra. Nancy refiere tabaquismo y alcoholismo, un año antes de embarazarse, cardiorrespiratorio refiere tos, y expectoraciones, digestivo disminución del apetito, genitourinario poliuria, leucorrea, nervioso negados, musculo esquelético pérdida de peso, piel y anexos negados, número de compañeros sexuales uno, Papanicolaou nunca se lo ha realizado, no realiza actividad física, encontrándose con un peso de 57 kg y una talla de 1.44 cm. Coloración de piel/lechos inguinales/peri bucal: palidez facial con buen llenado capilar de 3 segundos, circulación del retorno venoso sin ningún problema. Campos pulmonares ventilados, hemoglobina de 12 Turgencia de la piel: se encuentra seca y pálida Membranas mucosas hidratadas, regularmente hidratadas, cabello delgado de color negro y quebradizo, uñas cortas y limpias, dientes blancos sin apariencia de caries, encías rosadas.

Se toman signos vitales completos encontrándose con una presión arterial de 110 sobre 60, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, frecuencia cardiaca de 80 por minuto, y una temperatura de 36.1 grados centígrados, estado de conciencia orientada, a la exploración física, sin datos de edema a ningún nivel.

Se procede a revisión de la paciente colocándola en mesa de exploración, Se mide fondo uterino 10 cm. se orienta sobre la importancia del Papanicolaou ya que nunca se lo ha realizado, tratamiento, indometacina, supositorios 100 mg. 1 cada 12 hrs. por 3 días, dactil ob. 1 cada 8 horas.

1.- Necesidad de oxigenación

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: pulso de 80 x', Frecuencia respiratoria 24 x', temperatura de 36.1°C, presión arterial 110/60. Estado de conciencia nerviosa, orientada.

Coloración de piel/lechos inguinales/ peri bucal: palidez facial con buen llenado capilar de 3 segundos, circulación del retorno venoso sin ningún problema. Campos pulmonares ventilados.

Subjetivo:

Disnea debido a: la hiperventilación debido al dolor, tos productiva/seca, nunca cocino con leña, dolor asociado con la respiración: debido al dolor en hipogastrio. Fumadora: si.

Fuerza de dificultad por fuerza de voluntad y falta de conocimiento

Grado de dependencia: 3

2.- Nutrición e hidratación

Objetivo:

Peso de 57 kg, talla de 1.44 Hemoglobina de 12.

Turgencia de la piel: se encuentra seca y pálida

Membranas mucosas hidratadas, regularmente hidratadas, cabello delgado de color negro y quebradizo, uñas cortas y limpias, dientes blancos sin apariencia de caries, encías rosadas.

Se encuentra alerta con palidez de tegumentos, ella refiere no satisfacer su apetito, come entre comidas, su alimentación es deficiente en aporte proteico y vitamínico, ingiere poco agua y tiene exceso de peso.

Subjetivo:

Dieta habitual: a base de carbohidratos, bajo en aporte proteico y vitamínico a base de tortilla, frijol, refresco, carne tres veces a la semana, frutas y verduras una vez a la semana. Realiza tres comidas diarias.

Trastornos digestivos. Disminución del apetito, padece seguido de estreñimiento. Alergias: no refiere. Problemas de masticación y deglución: es adecuada su vida es sedentaria no práctica ejercicio.

Fuente de dificultad: grave

Grado de dependencia: 4

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Objetivo:

Abdomen/características: panículo adiposo, doloroso a la palpación media y profunda en hipogastrio sin hepatomegalia ni esplenomegalia.

Ruidos intestinales: presentes disminuidos.

Palpación de la vejiga urinaria: no se observa globo vesical, ligero dolor a la palpación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: ligero estreñimiento.

Características de las heces, orina y menstruación. Heces duras y secas de color café, la orina es concentrada con dolor al orinar y sensación de no terminar su micción. Su menstruación es rítmica de 30x3, sin dolor en este momento refiere tener ligero sangrado transvaginal y dolor debido a la amenaza de aborto

Fuente de dificultad. Moderado.

Grado de dependencia: 3.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Datos Objetivos:

Estado del sistema musculo esquelético: buena movilidad, es fuerte, perdida de peso

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: su posición en este momento es antialgica debido al dolor tipo cólico en hipogastrio con irradiación hacia región lumbosacra causado por la amenaza de aborto.

Ayuda para deambulación: apoyada en su esposo.

Dolor con el movimiento: tipo cólico en hipogastrio con irradiación hacia región lumbosacra, abdominal en hipogastrio.

Presencia de temblores: ninguno. Estado de conciencia: orientada y consiente.

Estado emocional: por el momento ansiosa, nerviosa.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: buena capacidad física pero no realiza ejercicio.

Actividades de tiempo libre: ninguna

Hábitos de descanso: realiza siestas por la tarde

Hábitos de trabajo: le gusta mantener su casa limpia

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

5.- Necesidad de reposo y sueño

Objetivo:

Estado mental: integro, situado en las tres esferas tiempo lugar y espacio. Lenguaje: lenguaje claro y coherente.

Orejas: sin ninguna malformación con orificios auditivos permeables.

Atención: si tiene buena atención. Bostezos: no. Concentración: adecuada. Apatía: ningunas. Cefaleas: muy esporádicas. Respuestas a estímulos: duerme bien sin ninguna alteración.

Subjetivo: horario de descanso: de 16:00hrs. a 18:00 hrs. Horario de sueño: de 21:00 a 9:00 am. Horario de descanso: dos horas diarias. Horario de sueño: 12 hrs. Siesta: por las tardes. ¿Padece insomnio?: duerme perfectamente.

¿Se siente descansada al levantarse?: si perfectamente y puede continuar sus labores.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

6.- Necesidad de higiene y arreglo personal

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: segura de lo que le queda o no.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: es autosuficiente en su persona.
Vestido incompleto: es perfecto. Sucio: no. Aspecto limpio inadecuado: no estado de uñas: sin problemas.

Subjetivo:

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? : Ninguno es libre de elegir la ropa deseada.

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?: si le gusta vestir a su gusto de acuerdo a su talla de tal manera que se sienta bien

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No pues su religión es católica y no le impide su religión que ella se vista a su gusto.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? Es autosuficiente, ella elige lo que necesita.

Fuente de dificultad: paralelamente moderado.

Grado de dependencia: 2

7.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Objetivos:

Aspectos generales: sucia y piel seca. Olor corporal: a colonia. Halitosis: no

Estado del cuero cabelludo: reseco

Lesiones dérmicas, tipo: los pies se notan con resequedad

Subjetivos:

Frecuencia de aseo: 2 veces por día

Momento preferido para el baño: por la mañana y por la tarde.

Aseo bucal al día: tres veces por la mañana, en la tarde y en la noche.

Aseo de manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

Fuente de dificultad: paralelamente moderado

Grado de dependencia: 2

8.- Necesidad de mantener temperatura corporal estable

Objetivo:

Características de la piel: transpiración: suda por las tardes o cuando hace sus labores domesticas. Condiciones del entorno físico: casa construida de tabique y cemento habitable con un numero de tres habitaciones, cuenta con ventilación e iluminacion, no cuenta con fosa séptica.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: es adaptable al clima, refiere que suda mucho pero lo tolera, prefiere las épocas de lluvia o frio.

Ejercicio/tipo y frecuencia: no practica ningún deporte su vida es sedentaria.

Temperatura ambiental que le es agradable: le agrada el frio.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

9.- Necesidad de evitar peligros

Objetivo:

Deformidades congénitas: ninguno.

Condiciones del ambiente en el hogar: es caluroso pero lo tolera

Trabaja o no trabaja: si, en el hogar.

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de dependencia: esposo

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: conoce algunas medidas de prevención el cual actúa de inmediato.

¿Conoce la medida de prevención de accidentes?: si.

En el hogar: como almacenaje de productos tóxicos o de limpieza y medicamentos, así como conductores de gas.

En el trabajo: solo las del hogar

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: los de control prenatal

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: cuando hay problemas trata de hablar con su familia solicita apoyo y opiniones y eso impacta a que se sienta mejor y libere su estrés.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

10.- Necesidad de comunicación

Objetivo:

Habla claro: si. Confusa: no. Dificultad en la visión. Ninguna. Audición: ninguna. Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: solo con sus padres de ella que estas más cercanos, esposo. Otros: padres de él.

Subjetivo:

Estado civil: Unión libre. Vive con: su esposo y sus suegros, Preocupaciones/ estrés: ninguno. Familiares: no. Rol en la estructura familiar: comunicación verbal directa abierta y clara.

Comunica sus problemas debido a la enfermedad: si tiene apoyo de sus padres su esposo.

¿Cuánto tiempo pasa sola?: nunca siempre está acompañada de su esposo

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

11.- Necesidad de creencias y valores

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): vestimenta adecuada, su religión no le impide vestir como a ella le gusta

¿Permite el contacto físico?: si se acerca mucho a su familia

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: si acepta a los demás y a sí misma, sus creencias son constantes están basadas en la educación y formación que sus padres le proporcionaron durante su vida.

Subjetivo:

Creencias religiosas: católica.

¿sus creencias religiosas le generan conflictos personales?: ninguno viste a su gusto.

Principales valores de su familia: hay confianza y solidaridad.

Principales valores personales: honestidad

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? : si su forma de pensar cubre las necesidades diarias básicas para poder vivir.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Objetivo:

Estado emocional, calmada, enfadada, retraída, temerosa, irritable, inquieta, eufórica: es calmada, sabe resolver sus problemas.

Subjetivo:

¿Trabajas actualmente?: si tipo de trabajo: ama de casa.

Riesgos: en la cocina. Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 horas,

¿Está satisfecha con su trabajo? Si

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de sus familias?
Si cubre sus necesidades con lo que gana su esposo.

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega? Si está satisfecha.

13.- Necesidad de recreación

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: es completa. Rechaza las actividades recreativas: si

¿su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? Es participativo.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ninguno

¿las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: no.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si en el centro recreativo de su comunidad.

¿ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? ninguna

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

14.- Necesidad de aprendizaje:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: estable, órganos de los sentidos: completo estado emocional/ ansiedad/ dolor: dolor debido a la amenaza de aborto.

Memoria reciente: total

Memoria remota: total sin problema y sin impacto. Conocimientos sobre su salud/enfermedad: es un poco deficiente.

Subjetivo:

Niveles de educación: 5° de primaria

Problemas de aprendizaje: si en las enfermedades no conocidas

Limitaciones cognitivas: no

Tipo: pone atención, tiene capacidad de recepción y conocimiento.

¿conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si en centros de salud . Ella se interesa por proteger a su familia de las enfermedades parasitarias e infecciosas promoviendo el aseo personal, lavado de manos antes y después de ir a al baño y el manejo de los alimentos. Así como la protección necesaria para los cambios climáticos, como es el frio y el calor.

Sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo: si.

Jerarquización de los diagnósticos de enfermería

Riesgo de sangrado	Temor
Dolor agudo	Ansiedad
Mantenimiento ineficaz de la salud	Déficit de auto cuidado, baño
Disposición para mejorar el estado de inmunización	Descuido personal
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	Riesgo de intolerancia a la actividad
Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal	Riesgo de impotencia

3.3 Ejecución: Diagnósticos, Resultados esperados, intervenciones y evaluación de Enfermería.

Necesidad Evitar Peligros, Seguridad.

Etiqueta: Dolor Agudo

Dominio: 12 confort

Clase 1: confort físico

Código: 00132

Definición; **Dolor agudo**, (experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.)

Diagnóstico: Dolor agudo, relacionado con contracciones uterinas, manifestado por mascara facial, inquietud, llanto, informe verbal de dolor.

Planeación del Cuidado de Enfermería.

Noc: (resultado esperado)

Resultados sugeridos: control del dolor,

Dolor: respuesta psicológica adversa.(1306)

Dominio: salud percibida (v)

Clase: sintomatología (v)

Escala (s) grave hasta ninguno (n,

Puntuación diana del resultado:

1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 ligero 5 ninguno

Indicadores:

130606: **preocupación sobre la tolerancia al dolor**, sustancial (2) y aumentar hasta el (5) ninguno.

130610: **ansiedad: sustancial (2) y aumentar hasta el (5)**

Nic: (clasificación de las intervenciones De enfermería)

Manejo del dolor (1400)

Actividades:

- Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación, y ruidos).

Evaluación La Sra. Nancy logro el control del dolor

Necesidad Evitar peligros, seguridad

Etiqueta: Ansiedad:

Dominio 9 afrontamiento, tolerancia

Clase, 2 respuestas de afrontamiento

Código: 00146

Definición; Ansiedad, (vaga sensación de amenaza acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen es desconocido para el individuo)

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada por angustia, manifestado por el estado de salud, amenaza de muerte.

Planeación del cuidado de enfermería:

NOC. (Resultado esperado)

Resultados sugeridos:

Autocontrol de la ansiedad, concentración.

Autocontrol de la ansiedad: (1402)

Dominio: salud psicosocial (III)

Clase: autocontrol (0)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación diana del resultado:

1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4
frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado

Indicadores

140207: Utiliza técnicas de relajación, raramente demostrado (2) y aumentar hasta siempre demostrado (5).²¹

NIC. Disminución de la ansiedad (5820)

Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelanto.

Actividades:

²¹ Sue Moorhead phd. Marion Johnson meridean. Maas, clasificación de intervenciones de enfermería noc 4ta edición, elsevier España 2005 pag. 60

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Administrar masajes en espalda, cuello si procede.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.²²

Necesidad de evitar peligros: seguridad

Etiqueta: Temor

Dominio 9, afrontamiento tolerancia

Clase 2 respuesta de afrontamiento

Código: 00148

Definición: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente por un peligro.

Diagnostico de enfermería temor relacionado por informes de sentirse asustada, manifestado por falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.²³

Planeación del cuidado de enfermería:

Noc. (Resultado esperado)

Resultados sugeridos:

Auto control del miedo.

Indicadores:

²³ Pág.274, NANDA

Autocontrol del miedo: (1404)

Dominio: salud psicosocial (III)

Clase: Autocontrol (0)

Escala: (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación diana del resultado:

- (1) Nunca demostrado (2) raramente demostrado (3) a veces demostrado
(4) frecuentemente demostrado (5) siempre demostrado.

Indicadores:

140401: elimina los factores precursores del miedo, (3) a veces demostrado, y aumentar hasta (5) siempre demostrado

NIC: Disminución de Temor

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Intervenciones de enfermería:

- Apoyo emocional
- Aumentar el afrontamiento
- Apoyo en toma de decisiones ²⁴

²⁴ Nic. Cuarta edición pag.900 acello, B1997 top drawer nursing interventions classification ,Computers in Nursing

Necesidad de Respiración

Etiqueta: Riesgo de sangrado,

Dominio: 4

Clase: 4

Código: 00206

Definición: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Diagnostico de enfermería: sangrado relacionado por amenaza de aborto, manifestado por complicaciones del embarazo.

Planeación del cuidado de enfermería:

Noc. (Resultado esperado)

Severidad de la pérdida de la sangre (0413)

Dominio: salud fisiológica

Clase: cardiovascular

Indicador:

Sangrado vaginal

Puntuación diana de 2 sustancial, aumentar a 5 ninguno.

NIC: Manejo de shock: volumen (4258)

Actividades:

- Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente

- Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mm hg
- Vigilar signos y síntomas de shock hipovolemico, Disminución. De la eliminación urinaria, alteración del estado mental o respiraciones alteradas
- Controles de bh, electrolitos, y gases arteriales.

Necesidad, Higiene-piel

Etiqueta: Déficit de auto cuidado, baño.

Dominio 4, actividad-reposo

Clase: 5 autocuidado

Código: 00206

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.

Diagnostico De enfermería: déficit de auto cuidado baño relacionado por resultados sugeridos incapacidad para obtener una fuente de agua, relacionado por barreras ambientales (agua contaminada)

Planeación del cuidado de enfermería:

Noc. (Resultado esperado)

Autocuidados: actividades de la vida diaria

Autocuidado: baño (0301)

Dominio: salud funcional (I)

Clase: auto cuidado (D)

Escala: (s) gravemente comprometido hasta no comprometido (a)

Puntuación diana del resultado, mantener a) 2 aumentar a 5

Indicadores:

030102: Obtiene los suministros para el baño: mantener a sustancialmente comprometido (2) hasta aumentar a no comprometido (5).

NIC: Ayuda con los autos cuidados: baño-higiene (1801)

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de auto cuidado.
- Controlar la integridad cutánea del paciente

Evitar peligros: seguridad

Etiqueta: disposición para mejorar los procesos familiares.

Dominio: 7, rol-relaciones

Clase: 2- relaciones familiares

Código: 00159

Definición: patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.

Diagnóstico de enfermería: disposición para mejorar los procesos familiares

Manifestado por respeto a los miembros de la familia, deseo de mejorar la dinámica familiar.

Noc. (Resultado esperado)

- afrontamiento de los problemas de la familia.

Aprender:

Etiqueta: Descuido personal (00193)

Dominio 1, promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Código: (00193)

Definición: constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de auto cuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

Diagnostico de enfermería: Descuido personal manifestado por no adherencia a las actividades relacionadas con la salud, sin esquema de vacunación específicamente de tétanos y difteria, estilo de vida de apatía al autocuidado²⁵

NOC: resultado esperado:

Disposición para mejorar el autocuidado:

Auto cuidado de la persona

NIC: Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801)

Deficcion: Ayudar al paciente a la higiene personal

Actividades de enfermería:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a dormir.

Necesidad de Aprender:

²⁵ Nanda- I Nursing Diagnoses 2009- 2011, pág. 57

Etiqueta: Disposición para mejorar el estado de inmunización. (00186)

Dominio: 1, seguridad-protección

Clase: 1 infección- clase 5 procesos defensivos

Definición: patrón de seguimiento en los estándares de inmunización locales, nacionales, y o internacionales para prevenir las enfermedades infecciosas, que es suficiente para proteger a la persona, familia o comunidad y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería: expresa deseos de mejorar la conducta para prevenir las enfermedades infecciosas²⁶.

NOC: resultados esperados

- Conductas de vacunación

Conductas de vacunación (1900)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: control del riesgo y seguridad (T)

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Conductas de vacunación:

Puntuación global:

(1) nunca demostrado (2) raramente demostrado (3) a veces demostrado (4) frecuentemente demostrado (5) siempre demostrado.

Indicadores:

²⁶ Ibídem, nanda pag.60

190001: reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación, raramente demostrado (2), y llevarlo hasta siempre demostrado (5).

NIC: Manejo de la inmunización, vacunación (6530)

- Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.
- Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones.
- Anotar la historia médica y de alergias del paciente.
- Procurar el consentimiento informado para administrar las vacunas

NECESIDAD: APRENDIZAJE

Etiqueta: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

Dominio: 1 promoción de la salud

Clase: 2 gestión de la salud

Código: 00162

Definición: patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Diagnóstico: disposición para mejorar la gestión de la propia salud, relacionado por expresar mínimas dificultades con los tratamientos, manifestado por deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad.

Planeación del Cuidado de Enfermería

Noc: resultado esperado

Resultados sugeridos: Conocimiento: actividad prescrita

Enseñanza (3012)

Dominio: salud percibida (v)

Clase: satisfacción con los cuidados (e)

Escala: no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho (s)

Puntuación diana del resultado:

1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 completamente satisfecho.

Indicadores:

301208: explicación de la responsabilidades del tratamiento. No satisfecho 1 y aumentar 5 completamente satisfecho.

Nic: Enseñanza: grupo (5604)

Actividades:

- Proporcionar un entorno para que favorezca el aprendizaje
- Incluir a la familia ser querido si resulta oportuno.

Necesidad: Aprender

Etiqueta: Mantenimiento ineficaz de la salud

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de salud

Código: (00099)

Definición: mantenimiento ineficaz de la salud: incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Diagnostico: mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado por falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud, manifestado por afrontamiento individual ineficaz.

Planeación del cuidado de enfermería

Noc: (resultado esperado)

Resultados sugeridos:

Conducta de búsqueda de la salud

Bienestar personal: alcance de la percepción positiva del estado de salud propio (2002)

Dominio: salud percibida (v)

Clase: salud y calidad de vida (U)

Escala: no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho (s)

Puntuación diana del resultado

1 no del todo satisfecho 5 completamente satisfecho

Indicadores:

200204: Vida espiritual.

200214: Oportunidades para elegir cuidados de salud.

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Definición: ayuda al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.

- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado

Necesidad: Movilización

Etiqueta: Riesgo de intolerancia a la actividad

Dominio: 4

Clase: 4

Código: (00094)

Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características:

Deterioro del estado físico

Inexperiencia en la actividad física.

Planeación del cuidado de enfermería.

Noc: (resultados esperados)

Resultados sugeridos:

Conducta de aumento de peso

Conocimiento: dieta

Conducta de fomento a la salud (1602)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de salud (Q)

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Definición: Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.

Puntuación diana del resultado:

Nunca demostrado 1, Siempre demostrado 5

Indicadores:

160201: **utilizar conductas para evitar los riesgos.** Mantener a nunca demostrado (1) y Aumentar hasta siempre demostrado (5)

160216: **Utiliza un programa de ejercicios eficaz.** Mantener a nunca demostrado (1), y aumentar a siempre demostrado (5).

NIC: Apoyo emocional (5270)

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza
- No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.

Necesidad: Comunicación

Etiqueta: Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal

Dominio: 8 sexualidad

Clase: 3 reproducción

Código: (00209)

Definición: Riesgo de la alteración de la diada simbiótica materno fetal como resultado de morbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal, relacionada por el abuso de sustancias, tabaco, alcohol, manifestado por compromiso de transporte de oxígeno, por ejemplo: anemia, enfermedad cardiaca, hipertensión, hemorragia.

Necesidad: Reproducción.

Etiqueta: Disposición para mejorar el proceso de maternidad.

Dominio: 8 Sexualidad

Clase: 3 Reproducción

Código: (00208)

Definición: patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

Características definitorias durante el embarazo:

- Informa de una preparación física apropiada
- Demuestra respeto por él bebe no nacido

Noc: resultados esperados

Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante.

Resultados sugeridos:

Desarrollo infantil: 1 mes

Desarrollo infantil: 2 meses

Estado neurológico

Movimientos coordinados

Conducta sanitaria prenatal (1607)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado

Definición: acciones personales para fomentar una gestación y un recién nacido sano

Puntuación diana del resultado:

1 nunca demostrado 5 siempre demostrado

Indicadores:

160710: Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación.

Mantener a nunca demostrado 1, y aumentar hasta siempre demostrado 5.

160719: Evita situaciones abusivas

Mantener a nunca demostrado 1, y aumentar hasta siempre demostrado 5

Nic. Fomentar el acercamiento.

Definición: Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebe.

Actividades:

- Determinar la imagen que tiene la madre de su bebe aun no nacido.
- Mantener al bebe con la madre después del nacimiento
- Reforzar el contacto visual con el bebe

Necesidad: Religión/Creencias

Etiqueta: Riesgo de impotencia

Dominio: 6, Autopercepción

Clase: 1, Auto concepto

Código: (00152)

Definición: Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Factores de riesgo:

Psicosociales:

Baja autoestima situacional

Estilo de vida dependiente

Noc: Resultados esperados

Riesgo de impotencia: resultados sugeridos

- Afrontamiento de problemas
- Autocontrol de la ansiedad
- Autocontrol del miedo
- Autonomía personal

Autocontrol de la ansiedad (1402)

Dominio: salud psicosocial (III)

Clase: autocontrol (O)

Escala: (S) nunca demostrado hasta siempre demostrado

Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Puntuación diana del resultado:

Mantener a nunca demostrado 1, y aumentar a siempre demostrado 5.

Indicadores:

140202 monitoriza la intensidad de la ansiedad

Mantener a nunca demostrado (1) y Aumentar hasta siempre demostrado (5)

:

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Instruir al médico sobre técnicas de relajación.

3.4 Plan de alta Propuesta

Paciente femenino de 20 años de edad que acude por embarazo de 20 SDG por FUM con dolor tipo obstétrico, sangrado transvaginal de menos de 24 horas de evolución. Ingres a Modulo Mater se maneja con medicamento tocolítico (dactil OB) reposo absoluto y monitorización de signos vitales cada 30 minutos dejándose en observación de 4 hrs. Se da de alta por presentar mejoría, se le dan las siguientes recomendaciones para el hogar:

Reposo absoluto.

Dieta normal baja en grasas e irritantes.

Se recomienda abundantes líquidos, se sugiere hervir el agua ya que no cuentan con agua potable.

Se orienta sobre los métodos de planificación familiar y se le informa que tiene que acudir al centro de salud ya que se otorgan de manera gratuita.

Se orienta sobre signos de alarma en caso de presentar alguno acudir a su unidad de salud y así poder referirla al hospital general de Jojutla para su atención por un especialista.

Se le informa a su familiar sobre recomendaciones para que este pendiente de su paciente, se recomienda que busque ayuda psicológica ya que menciona en repetidas ocasiones tener temor por la pérdida de su bebe, se le sugiere que tenga más cuidado con la higiene ya que no cuenta con fosa séptica y además la fauna domestica contaminan con sus evacuaciones el patio de su casa,

Cita abierta en su centro de salud para llevar su control prenatal se le sugiere no trasladarse al centro de salud en moto taxi.

CONCLUSIONES:

Atención de Enfermería es una guía que sirve para detectar, orientar, actuar y resolver, problemas que pone en riesgo la vida de la persona con un enfoque físico mental y con las intervenciones que realiza uno en coordinación con el equipo multidisciplinario, ayuda de una manera general a que la paciente o persona se integre nuevamente al ciclo familiar, personal y social. Por lo que es importante que la enfermera este capacitada ampliamente en el manejo del mismo y así mismo contribuir con nuestras aportaciones para que el paciente mejore.

SUGERENCIAS:

Considero que es importante comentar que hay casos en los que la educación que se imparte en las escuelas carecen de mayor enfoque en los Procesos Atención de Enfermería, pienso que la materia de teorías y modelos nos dio una base para poder iniciar o aplicar un proceso atención enfermería a una persona, siendo en mi caso un poco difícil, ya que en la básica no llevamos esa materia como lo comento anteriormente, siendo muy poco tiempo las clases que nos impartieron en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Creo que sería importante realizar talleres de Proceso Atención de Enfermería en escuelas, hospitales, etc., para reforzar y lograr que todos los enfermeros logremos aplicar un proceso sin ningún problema.

GLOSARIO:

DOLOR: Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

PRONOSTICO: Juicio médico respecto a la probable evolución de una enfermedad.

SALUD: Estado en el que el ser orgánico ejerce con normalidad todas sus funciones.

ENTORNO: entorno es **aquello que rodea a algo o alguien**. Por ejemplo: la frase *“Martín cayó en la droga por la mala influencia de su entorno”* señala que esta **persona** habría comenzado a drogarse por la presión o el consejo de los sujetos con quienes compartía su vida.

DIAGNÓSTICO: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Evaluación: Valoración que se hace de las aptitudes y méritos de una persona o de los conocimientos de un alumno, concepto de evaluación se refiere a la acción y a la consecuencia de evaluar, un verbo cuya etimología se remonta al francés *évaluer* y que permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto

Reproducción: patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

Movilización: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas

Hidratación: patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales que es suficiente para satisfacer las necesidades físicas y puede ser reforzada.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud: patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Gestión de la salud: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de auto cuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables

Amenaza de aborto: es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales

Aborto inevitable: variedad que hace imposible la continuación de la gestación generalmente por la existencia de hemorragia genital intensa o ruptura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible

Aborto en evolución: se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles, Con la continuidad de la gestación

Aborto incompleto: cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y El resto se encuentra aún en la cavidad uterina

Aborto completo o consumado: aquel en el que la expulsión del huevo ha sido total

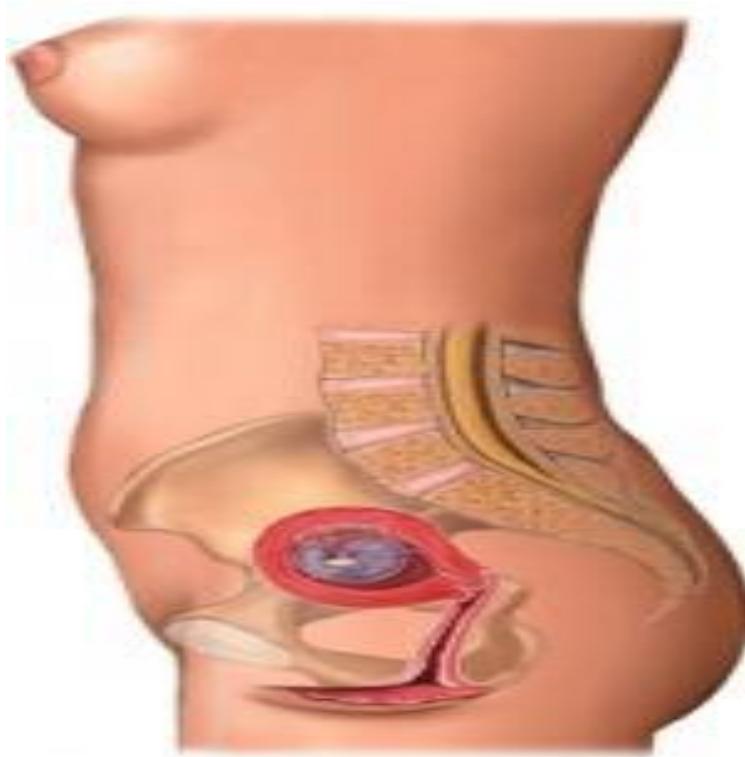
Aborto diferido o Huevo muerto y retenido: se presenta cuando Habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto

Aborto habitual: es la pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones, o de 5 embarazos en forma alterna

Aborto séptico: cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina.

ANEXOS

Anexo (I)



Anexo II Patología: Amenaza de Aborto

Concepto

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino generalmente escasa, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Antes de la vigésima semana completa de gestación (primeras 20 semanas de gestación), con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado.

Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

Es importante destacar que, aun cuando hay excepciones que confirman la regla, *toda metrorragia en el primer trimestre de la gestación es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario.*²⁷

Epidemiología

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo

Pronóstico:

En la práctica puede estimarse que menos del 50% de los casos de amenaza de aborto evolucionan a aborto. La intensidad y duración de la metrorragia guardan una relación directa con el riesgo de evolución desfavorable

Valoración ecográfica

Si existe actividad fetal ecográficamente, la probabilidad de que la gestación evolucione de manera favorable es de cerca de 90%(14) El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico. . El estudio con ultrasonido ayuda a determinar el bienestar fetal. Es obvio que un factor determinante del pronóstico es la comprobación de la vida fetal y la normalidad de las estructuras del feto. (9,12). Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua

²⁷ González M.J *Obstetricia, 2006 Obstetricia Ed. Elsevier España pp 5,10*

su curso. En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo.

Etiología

CRONICAS	AGUDAS	FISICAS	EXOGENAS
DM-1 DESCOMPESADA	INFECCIONES	CONGENITAS	ALCOHOL
HIPERTENSION ARTERIAL	TRAUMATISMOS	ADQUIRIDAS	TABACO
ENFERMEDAD RENAL		INCOMPETENCIA ISTMICO- CERVICAL	COCAINA
SD ANTIFOSFOLIPIDO S			RADIACION ES
LUPUS			
ENFERMEDAD TIROIDEA			

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en:

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos
- Mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea)

Estudios de laboratorio

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo
- Nivel de progesterona.

Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar la infección.²⁸

Estudios de gabinete

- Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado.²⁹ Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias. En ámbitos donde está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo.
- Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino.

Signos y síntomas

²⁸ Tango, Susan Stork Amenaza de aborto, 2013 Departamento de Obstetricia y Ginecología consultado el 03 2013 disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/ency/article/000907.ht>

²⁹ Ibídem pag. 2 y 9

- Metrorragias de ligera a moderada intensidad, acompañadas de contracciones uterinas indoloras o dolorosas.
- La sangre que se expulsa, consecuencia de pequeños desprendimientos ovulares, es generalmente roja, aunque ,con las medidas terapéuticas de reposo, puede ser retenida en la cavidad, el endocervix o la vagina, tiempo suficiente para aparecer como pequeños coágulos oscuros.
- El dolor puede manifestarse, en forma inicial, como lumbalgias, y posteriormente, localizado en el hipogastrio, siendo de tipo intermitente y espasmódico.
- la exploración bimanual mostrara un útero con todos los signos presumibles de gestación y con orificio externo cerrado.
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal

Volumen uterino acorde con amenorrea Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas.³⁰

La amenaza de aborto espontáneo puede presentarse con una pérdida de sangre apenas perceptible hasta un profundo shock potencialmente mortal. Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son inevitables.

Tratamiento

La actitud debe ser expectante, a la espera de dilatación cervical o evidencia ecográfica de aborto fallido. Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico, aunque no se ha demostrado que alguno de ellos ayude a prevenir el aborto posterior. La amenaza de aborto está asociada con un aumento en la actividad uterina, aunque no está

³⁰ Ibidem. Pag. 7 y 10

claro si se trata de una causa o de un efecto. En el siglo XIX se introdujo la morfina porque se pensó que reduciría la actividad uterina, y por lo tanto prolongaría el embarazo.

La morfina ya no es utilizada para la amenaza de aborto espontáneo, y ha sido reemplazada desde hace muchos años con dos grupos de fármacos que se piensa tienen un efecto más específico en la relajación del músculo liso uterino. Los primeros fueron los antiespasmódicos, como la hioscina.

Posteriormente se popularizaron los relajantes miométriales, conocidos comúnmente con el nombre de agentes toco líticos. Estos incluyeron al salbutamol. Debido a la función fisiológica documentada de la progesterona en el mantenimiento del embarazo, ha sido utilizada para tratar a las mujeres con amenaza de aborto espontáneo y presunta deficiencia de progesterona a fin de mejorar las expectativas para la continuidad del embarazo. No se ha establecido el valor terapéutico de la progesterona en la prevención o el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo.

El uso de progesterona es controvertido. La progesterona podría relajar los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero; sin embargo, también podría aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya una insuficiencia luteínica, no se debe usar la progesterona. El coito, los tampones y las duchas vaginales están contraindicados.³¹

Complicaciones

- Anemia
- Infección
- Aborto espontáneo
- Pérdida de sangre moderada o severa (6,9)

Clasificación de Abortos:

³¹ Ibidem p 12

Amenaza de aborto: se trata de una paciente que manifiesta amenorrea y los síntomas precoces de embarazo, que se presenta en la consulta por sangrado genital en ausencia de dolor. Al examen vaginal el cuello uterino es de longitud normal y se encuentra cerrado.³²

Aborto inevitable: variedad que hace imposible la continuación de la gestación generalmente por la existencia de hemorragia genital intensa o ruptura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible.

Aborto en evolución: Es un cuadro más avanzado en el progreso del aborto, se caracteriza por sangrado genital más o menos abundante, sin expulsión de estructuras gestacionales, contracciones uterinas ocasionales y el cuello corto y permeable pero sin dilatación, el pronóstico es malo y menos del 25% de los casos llegan al término de la gestación.

El tratamiento en algunos casos requiere de hospitalización y el control ecosonografico debe ser mas frecuente.

Aborto incompleto: en la mayoría de los casos la expulsión es incompleta, con retención de parte del tejido en la cavidad uterina. Durante el examen físico se puede apreciar el útero aumentado de tamaño menor que al que corresponde al periodo de amenorrea y esta blando y doloroso ala palpación.

Aborto diferido o Huevo muerto y retenido: se presenta cuando Habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto.

³² Aller J. 1999. Obstetricia moderna 3ra edición caracas editorial fertilab pág. 229

Aborto habitual: es la pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones, o de 5 embarazos en forma alterna.

Aborto séptico. Es un aborto asociado con infección, en el cual hay diseminación del microorganismo y/o toxina que originan la fiebre, endometritis, parametritis, y septicemia. El aborto séptico es una entidad que no existe en los países donde el aborto es legal, sin embargo sigue siendo la principal causa de muerte materna en los países donde los abortos se manejan de forma clandestina.³³

Amenaza de aborto:

Datos clínicos:

Amenorrea secundaria

Prueba de embarazo positiva

Presencia de vitalidad fetal

Hemorragia de variable magnitud

Dolor cólico en hipogastrio de magnitud variable

Volumen uterino acorde con amenorrea. Sin dilatación cervical

Manejo:

Disminuir la actividad física psíquica y sexual

Reposo en cama

Hidratación

Realizar pruebas de embarazo, hemorragia glucemia, orina y vdrl

En caso de continuar con la sintomatología o surgir fiebre dolor pelviano localizado o perdidas sanguíneas con fetidez, proceder a su internación. Cuantificar su bh y realizar ecografía ginecológica.³⁴

³³ Ibídem página 232

³⁴ Aborto: guía de atención, dras. Gabriela casasco y Evangelina di prietantonio pag. 33.

ANEXO III, INSTRUMENTO DE VALORACION

Nombre -----
Edad -----
Peso -----
Talla -----
Fecha de nacimiento -----
Sexo -----
Ocupación -----
Fecha de admisión-----
Hora-----
Procedencia -----
Fuente de información -----
Personal responsable -----

NECESIDADES:

1.- Necesidad De Oxigenación

Objetivo:

Registro de signos vitales y características ----- estado de conciencia-----

Coloración de piel, lechos inguinales, peri bucal-----

Circulación del retorno venoso: -----

Subjetivo: disnea debido a: ----- fumador -----

2.- Nutricio e Hidratación

Objetivo:

Peso ----- talla -----

Turgencia de la piel: -----

Membranas mucosas hidratadas -----cabello-----

Uñas----- dientes -----encías-----

Se encuentra alerta con palidez de tegumentos, ella refiere no satisfacer su apetito, come entre comidas, su alimentación es: -----ingiere-----

Agua y tiene----- de peso.}

Subjetivo:

Dieta habitual: -----

realiza ----- comidas diarias

Trastornos digestivos: ----- alergias: ----

-----problemas de masticación y deglución: -----

----- su vida es -----

----- practica ejercicio.

3.- Necesidades de eliminación

Objetivo:

Abdomen/características:

Ruidos intestinales: -----

Subjetivo:

Hábitos intestinales.-----

Características de las heces, orina y menstruación: -----

Su menstruación es: -----

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Objetivo:

Estado del sistema musculo esquelético: -----

Capacidad muscular, tono, resistencia, flexibilidad: -----

Postura: -----

Ayuda para la de ambulación: -----

Dolor con el movimiento: -----

Presencia de temblores: -----estado de

conciencia: ----- estado emocional: -----

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: -----

Actividad de tiempo libre: -----

Hábitos de descanso: -----

Hábitos de trabajo: -----

5.- Necesidad de Reposo y Sueño:

Objetivo:

Estado mental: -----
Lenguaje: -----
Orejas: -----bostezos: -----concentración: ----- apatía: -----
----- cefaleas: -----respuestas a estímulos: -----

Subjetivo:

Horario de descanso: ----- horario de sueño: -----

Horario de descanso: ----- siesta: -----

¿Padece insomnio?: -----

6.- Necesidad de higiene y arreglo personal

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: -----

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: -----

Vestido incompleto: ----- sucio: -----

Aspecto limpio: ----- inadecuado: -----

Estado de uñas: -----

Subjetivo.

¿Su auto estima es determinante en su forma de vestir?

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?

7.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Objetivo:

Aspectos generales. ----- olor corporal: -----

Halitosis: ----- estado del cuero cabelludo: -----

Lesiones dérmicas, tipo: -----

Subjetivos: -----

Subjetivos:

Frecuencia de aseo: -----

Momento preferido del baño: -----

Aseo bucal al día: -----

Aseo de manos antes y después de comer: -----después de eliminar: -----

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: -----

8.- Necesidad de mantener temperatura corporal estable:

Objetivo:

Características de la piel: -----

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: -----

Ejercicio, tipo, y frecuencia: -----

Temperatura ambiental que le es agradable: -----

9.- Necesidad de evitar peligros

Objetivo:

Deformidades congénitas: -----

Condiciones del ambiente en el hogar: -----

Trabaja o no trabaja: -----

Subjetivo.

Que miembros componen su familia de dependencia: -----

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: -----

¿Sabe cómo prevenir accidentes en el hogar? -----

¿Cómo reacciona ante una situación de emergencia?-----

10.- Necesidad de comunicación:

Objetivo:

Habla claro: ----- confusa: -----dificultad en la visión: -----

Audición: ----- comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras
personas significativas: -----

Otros: _____

Subjetivo:

Estado civil: _____ vive con:

Preocupaciones / estrés: _____ familiares: -

Rol en la estructura familiar.

Comunica sus problemas debido ala enfermedad:

¿Cuánto tiempo pasa sola?

11.- Necesidades de creencias y valores.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso)

¿Permite el contacto físico?

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Subjetivo:

Creencias religiosas: _____

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?

Principales valores de su familia:

Principales valores personales:

¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?

12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

Objetivo:

Estado emocional, calmado, ansioso, enfadado, recaído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: _____

Subjetivo:

¿Trabajas actualmente? _____ tipo de trabajo:

Riesgo: _____ cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecha con su trabajo? _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas? _____

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega? _____

13.- Necesidad de recreación:

Objetivo:

Actividades recreativas que realiza en sus ratos libres:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?

14.- Necesidad de aprendizaje:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ órgano de los sentidos:
_____ estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____ memoria remota: _____

Conocimientos sobre su salud/enfermedad: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aller J. 1999. Obstetricia moderna 3ra edición caracas editorial fertilab

Cárdenas, J.M., (2000) conceptualización de la enfermería Algunas consideraciones sobre epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 7. Numero 1-4.

Casasco, G. Evangelina Di Pietrantonio, Aborto: guía de atención Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 27, núm. 1, 2008, Argentina

Dueñas, **El Proceso de enfermería** (consultado 20-02-2014) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Fernández Ferrin C. 1995 *El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería* Barcelona Editorial Masson-Salvat

García González M. J.2004, *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México Editorial Progreso.

González M.J **Obstetricia**, 2006 *Obstetricia Ed. Elsevier España*

Henderson, V. **The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing**. Journal of advanced Nursing Volume 53 Issue 1 pages 21-31, January 2006

IYER, P.W., TAPICH J., 1997 *Proceso de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería*, 2ª ed Editorial Interamericana, México

NANDA International.Diagnóstico Enfermeros Definiciones y clasificaciones 2009-2011.Edicion española. Editorial S.L.Barcelona España.2010.

RODRIGUEZ S, B. 2005 *Proceso Enfermero 2ª edición*, Ediciones Cuellar. México, D. F.

Sue Moorhead phd. Marion Johnson meridean. Maas, clasificación de intervenciones de enfermería noc 4ta edición, elsevier España 2005

Tango, Susan Stork Amenaza de aborto, 2013 Departamento de Obstetricia y Ginecología consultado el 03 2013, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/ency/article/000907.ht>