



PAE

Nombre del Alumno: Alfaro zamorano Manuel / Gómez Morales Jesús Alexander

Nombre del tema: Proceso de Atención en Enfermería de aborto

Parcial: Segundo parcial

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre

Introducción

El aborto ha sido a lo largo del tiempo un tema de controversia, mismo que ha originado grandes polémicas y ha llevado a instituciones legales, religiosas y políticas a tomar cartas en el asunto. Durante las disputas existen dos tipos de posiciones, “los que apoyan la vida del feto” vs “aquellos que apoyan el derecho a la mujer de tomar la decisión sobre su cuerpo”. Existen 58 países que permiten la interrupción legal del embarazo, dentro de los cuales se encuentra México, sin embargo, aún existen países que no aprueban esta práctica, entre ellos están: Chile, República Dominicana, El salvador, Nicaragua, El Vaticano y Malta, esto con base a datos de la Organización Mundial de la Salud (2013) de acuerdo con un estudio que realizó el Centro de Investigación Pew, correspondiente a 196 países.

Datos obtenidos en México mencionan que muchos de los embarazos son a causa de dos tipos de factores: violación o falta de métodos anticonceptivos, también menciona que, según datos del Fondo de las Naciones Unidas, México ocupa el primer lugar en embarazos en adolescentes, agregando que cada día se registran 1252 partos en menores de edad, siendo mayor las cifras de embarazo en zonas “pobres” como Veracruz, Hidalgo, Chiapas y Michoacán.

Así también en la investigación encontrara las cinco etapas del Proceso atención enfermería con sus respectivos PLACES.

Justificación

El siguiente proceso atención enfermería se realizó con la finalidad de poder conocer más de cerca la patología y de esta manera realizar planes de cuidados que ayuden a brindar una atención de calidad al paciente que está cursando con un cuadro de aborto y que puede poner en riesgo la vida de la paciente por shock hipovolémico.

El aborto en sus diferentes causas todas llevaran a un cuadro de sangrado transvaginal que de no detenerse a tiempo puede generar un estado hemodinámico inestable que pueda alterar el patrón respiratorio como la presión arterial y la frecuencia cardíaca que realizarían un mecanismo compensador, para ello en el siguiente proceso atención enfermería se brindaría cuidados de enfermería con bases científicas para poder mitigar y disminuir las complicaciones de esta patología que es un riesgo durante en el embarazo.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el Proceso de Atención de enfermería en una paciente embarazada que cursa con un aborto en evolución.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los patrones funcionales de enfermería alterados en la gestante en proceso de aborto
- Indagar los factores de riesgo relacionados al cuadro clínico de la gestante con un aborto, de acuerdo a la valoración de enfermería.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los resultados obtenidos en la gestante con un aborto en evolución

MARCO TEORICO

El embarazo o estado de gestación es el periodo comprendido desde la implantación del ovulo fecundado en el útero hasta la expulsión del producto (alrededor de 9 meses después), es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad y puede o no tener complicaciones (OMS, 2021).

Basados en la Normativa Materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) el aborto se define como “la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos”; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”.

Clasificación del aborto

El aborto puede dividirse en:

Aborto espontáneo: Está concebido cuando se produce la pérdida del producto obtenido a partir de la concepción, sin ningún tipo de intervención quirúrgica, artificiales o inducción a base de medicamentos; todo esto afecta el desarrollo del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa más o menos 500 gramos (Díaz, 2016).

Aborto inducido:

El aborto inducido, también conocido como aborto provocado resulta de la aplicación de métodos practicados de manera voluntaria y dirigidos específicamente a la interrupción del embarazo. Todo esto dependiendo del lugar y/o situación donde se practique puede ser legal o ilegal (González, 2016). El aborto inducido también se clasifica en: aborto terapéutico, el cual está justificado por razones médicas totalmente fundamentadas.

El aborto eugenésico, consiste en la interrupción del embarazo, de acuerdo a las condiciones del feto, es decir de la existencia de alguna alteración cromosómica y defectos congénitos (González, 2016). Aborto completo: Consiste en la expulsión total y completa del tejido embrionario el cual sale sin producir daños adicionales. Comúnmente se presenta con un sangrado indoloro y ligeras contracciones uterinas (OMS, 2020).

Aborto incompleto:

Se caracteriza por la expulsión parcial e incompleta del producto de la concepción, además de que el orificio cervical queda parcialmente abierto pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o asomado en el cérvix con un tamaño uterino menor a la edad gestacional (OMS, 2020).

Aborto séptico:

De acuerdo a los datos clínicos un aborto séptico se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, dolor abdominal tipo cólico, sangrado en 2 abundancia purulento en la mayoría de los casos. Toso esto se debe a la proliferación de diferentes gérmenes como son Staphylococcus aureus, Bacilos gram positivos y gram negativos (González, 2016). Aborto a repetición: El termino se utiliza cuando han ocurrido alrededor de dos o más abortos consecutivos

. Los abortos espontáneos pueden ocurrir por diferentes razones relacionadas a diferentes factores intrínsecos o intrínsecos de la mujer:

- ♣ El feto empieza a crecer, pero abruptamente interrumpe su desarrollo y/o crecimiento, esto se debe a anomalías genéticas.
- ♣ La madre padece de comorbilidades que comprometen su estado se salud como: diabetes no controlada, incompatibilidad RH, politraumatismos, etc.
- ♣ El útero es hostil o anormal, con problemas graves que no permiten la implantación del ovulo fecundado.
 - La edad de la mujer es avanzada por lo que no puede llevar una etapa gestacional adecuada.

- Mujeres que han tenido un aborto previo (PROSEGO, 2019). Etiología del aborto Un aborto espontaneo puede ocurrir por distintas causas; estas pueden ser, causas maternas, genéticas o fetales (Pérez, Merino, 2016).

Causas fetales

- Factores genéticos:
- alteraciones cromosómicas.
- Defectos de implantación, influenciado también por la edad materna.
- La trombofilia o enfermedades autoinmunes (González, 2016). Causa maternas orgánicas
- Infecciones provocadas por diferentes microorganismos patógenos como: toxoplasma gondii, micoplasma hominis, listeria monocytogenes, etc.
- Miomas uterinos
- Incompetencia cervical (OMS, 2014).

Causas funcionales:

Alteración en la funcionalidad de un órgano diana de la madre, relacionadas a enfermedades como la hipertensión, diabetes, hiper/hipotiroidismo, etc.

Causas inmunológicas:

- : Autoimmune; síndrome de anticuerpo antifosfolípidos; Aloinmunes, como incompatibilidad ABO (OMS, 2014). Causas de origen toxico y ambientales
- Daño por sustancias químicas o irradiación
- Consumo de drogas y alcohol
- Consumo excesivo de cafeína
- Consumo inadecuado de anticonceptivos
- Estrés (OMS, 2014). Causas paternas

Anomalías cromosómicas en los espermatozoides se han asociado con aborto. Signos y síntomas del aborto. Los signos y síntomas están relacionados íntimamente con los factores de riesgo que predisponen a la interrupción del desarrollo del mismo dentro de la cavidad uterina de la madre; entre estos se destacan la amenorrea, sangrado vaginal de moderada cantidad y el dolor tipo cólico y durante la exploración física se visualiza el sangrado en la ropa interior o toalla sanitaria, además de las modificaciones en el cuello del útero (OMS, 2017).

Amenaza de aborto

- amenorrea secundaria
- β -hCG cuantitativa positiva en sangre
- Latidos cardiacos fetales
- Sangrado vaginal en moderada cantidad
- Dolor tipo cólico en hipogástrico
- Presencia o no de dilatación cervical evidente (OMS, 2017).

Aborto incompleto

- Expulsión parcial e incompleta del producto
- Sangrado uterino
- Dolor tipo cólico variable (OMS, 2017).

Aborto inevitable

- Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico
- Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea
- Dilatación cervical (OMS, 2017).

Aborto completo

- Expulsión completa del producto
- Disminución del dolor y del sangrado uterino
- Es frecuente el cierre del orificio cervical (OMS, 2019).

Aborto séptico

- Puede presentarse en cualquier tipo de aborto
- Secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido
- Presencia de fiebre
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero
- Alteración del estado general (PROSEGO, 2019).

Diagnóstico y tratamiento de aborto

El aborto puede ser diagnosticado partiendo desde la clínica y apoyándose en auxiliares diagnósticos como ultrasonidos y exámenes de laboratorio.

Ultrasonido: Permite la visualización del producto además de valorar las constantes vitales del mismo, sin embargo, aun con un 6 ultrasonido transvaginal de un 15 a 30 % de los casos puede ser imposible determinar el estado del nuevo ser.

- Anticuerpos monoclonales: La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal (Pérez, Merino, 2016).

Tratamiento

El sangrado vaginal las infecciones son los riesgos principales por los que pasa una mujer a causa de la retención de productos de la concepción; en este sentido el tratamiento debe estar dirigido y orientado a tratar estas dos alteraciones (Pérez, Merino, 2016).

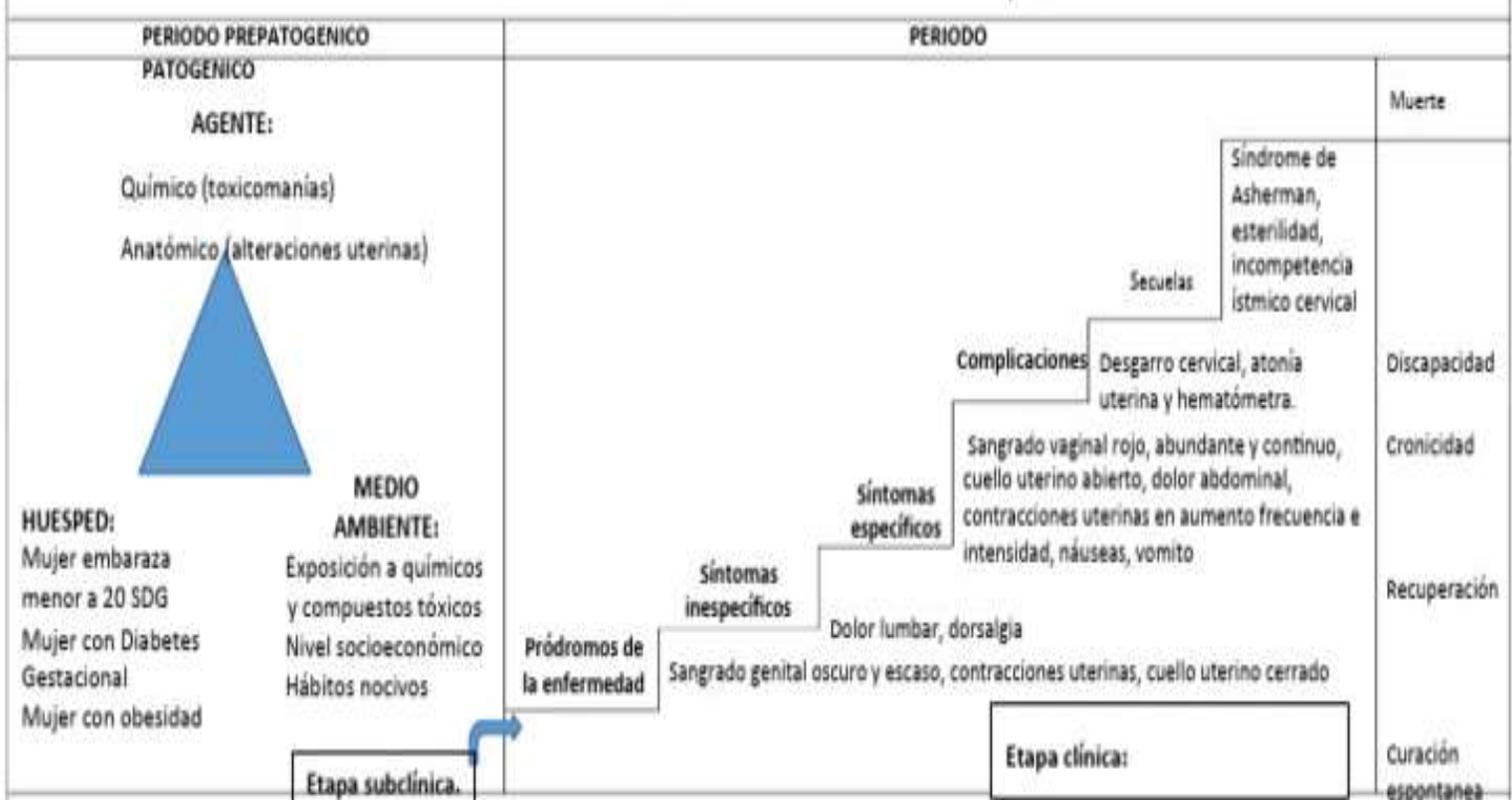
Para el manejo de este tipo de pacientes de manera oportuna y que tengan una corta estancia en hospitalización incluyen además actividades como el control de signos vitales, alimentación líquida/blanda o en ciertos casos mantener a la paciente sin ingesta de alimentos por vía oral hasta por lo menos seis horas, hidratación parenteral, administración de medicamentos para el dolor, administración de uterotonicos como la oxitocina de acuerdo a prescripción médica y antibióticos de acuerdo al criterio clínico y de laboratorio (PROSEGO, 2019).

Complicaciones

Comúnmente los abortos espontáneos presentan una muy baja tasa de complicaciones, las más comunes son hemorragias y la aparición de sepsis. La hemorragia puede llegar a ser en grandes cantidades y quizás la paciente necesite transfusiones, suele suceder en el legrado instrumentado; en ciertas ocasiones si el sangrado es mayor se debe a una coagulación intravascular diseminada (CDI), producido por alteración de los factores de la coagulación adicional a esto se producen fenómenos tromboticos.

Este cuadro puede llevar a un fallo multiorgánico y riesgo de muerte (Pérez, Merino, 2016). Las infecciones se producen por la manipulación inadecuada de la cavidad uterina ya sea de manera mecánica o química con la intención de interrumpir el embarazo, la fiebre es el síntoma principal y su tratamiento es el uso de antipiréticos y antibióticos; solo en algunos casos es necesaria una intervención quirúrgica (Pérez, Merino, 2016).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: Amenaza de aborto y aborto



NIVELES DE PREVENCIÓN					
PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN		SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN		TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN	
PROMOCIÓN PARA LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN

<ul style="list-style-type: none"> • Piáticas sobre cuidados en el embarazo • Indicar la importancia del control prenatal • Piáticas sobre la alimentación en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal • Orientar a la paciente sobre signos y síntomas de una amenaza de aborto • Fomentar la práctica de una alimentación saludable. • Indicar a la paciente cualquier anomalía acuda a revisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de coagulación • Prueba de niveles de beta-hCG • Química sanguínea y grupo RH • Medir frecuencia cardiaca fetal • Ultrasonido Doppler 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar sangrado transvaginal • Toma de signos vitales • Mantener a la paciente en reposo • Suministración de hormonas y útero inhibidores • Administración de soluciones parenterales 	<ul style="list-style-type: none"> • AMEU/ LUI • Prevención de Shock • Control de líquidos • Monitoreo de signos vitales • Vigilar el estado de conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados después de la intervención AMEU/LUI • Apoyo psicológico • Seguimiento con el medico especialista • Monitorizar niveles de hemoglobina
--	---	--	--	--	---

VALORACION

Valoración cefalocaudal

Cabeza: Normo cefálica, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello, limpio y sano.

Cara: Facie pálida, adolorida, con ojos llorosos.

Boca: Mucosa oral semihumeda, dientes implantados sin presencia de prótesis dental.

Nariz: Tabique proporcional a la cara con ligera desviación hacia abajo.

Cuello: Sin presencia de adenopatías ni tumoraciones visibles y/o palpables.

Tórax: Simétrico, sin lesiones, murmullo vesicular presente en pulmones, ritmo cardiaco normales, sin presencia de soplos.

Pulmones: A la auscultación presencia de estertores húmedos crepitantes en vértice sin sibilantes.

Abdomen: Poco globuloso relacionado con la edad gestacional, doloroso a la palpación a nivel del hipogastrio.

Extremidades Superiores e Inferiores: Sin presencia de edemas, total movilidad, canalizada con vía periférica en brazo izquierdo.

Caso clínico

Paciente femenina de 30 años de edad, con antecedentes personales de salud e historia obstétrica G3P1Ab1, ingresa a emergencia de hospital por un aborto incompleto de 12 semanas por fecha de última regla, con hemorragia abundante por lo que pasa a sala de legrados.

Durante el procedimiento se extrae el feto y placenta necróticos no fétidos, se inicia tratamiento con penicilina cristalina y metronidazol según protocolo establecido por el hospital.

Ingresa a sala de recuperación donde comienza con sangrado genital oscuro, continuo y no coagulable con hemodinámica normal, se lleva de nuevo a sala de legrados, se revisa la cavidad y se encuentra sin restos, se indica 400 µg de misoprostol rectal y 20U de oxitocina, se intensifica la reposición volumétrica, se avisa al banco de sangre y se traslada al salón de recuperación, donde se recibe una paciente taquicárdica, hipotensa, somnolienta con sangramiento genital activo.

Se reciben laboratorios: Hto 10 vol%, con una fórmula leucocitaria de 19×10^3 , segmentados 0,74 %, monocitos 0,02 %, linfocitos 0,2 %, se evidencia una coagulación intra vascular diseminada a forma hemolítica secundaria a un aborto séptico. Se decide llevar a sala de operaciones para histerectomía con doble anexectomía y ligadura de arterias hipogástricas; se encontró hemoperitoneo ± 200 mL y útero blando con zonas violáceas. Sale del salón de operaciones acoplada a ventilación mecánica con presión arterial de 100/60 mmHg y sangrado activo por la herida quirúrgica. Se decide su traslado a la unidad de cuidados intensivos donde aparece íctero intenso y coluria, se mantiene taquipnéica, taquicárdica, hipotensa con toma progresiva del sensorio, se continúa el tratamiento intensivo cumpliendo el protocolo del *shock* séptico.

Aparecen evolutivamente signos de disfunción y fallo multiorgánico: coagulación intravascular diseminada con necesidad de reposición intensiva de hemoderivados,

hipotensión a pesar del uso de dosis supraterapéuticas de norepinefrina, oliguria con acidosis metabólica refractaria al tratamiento, hipoxemia severa a pesar de la FIO₂ al 100 % con signos radiográficos de distrés respiratorio del adulto y sangramiento digestivo alto como evento final. La paciente fallece a menos de 24 h de realizarse la evacuación del útero por legrado debido a fallo en el aborto farmacológico.

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Definición: La respiración es una necesidad básica vital para el ser humano que consiste en la entrada de oxígeno desde la atmósfera hasta las células del organismo y la salida de dióxido de carbono desde las células a la atmósfera.

Valoración inicial:

• Respiración:

- Frecuencia
- Ritmo
- Amplitud
- Simetría
- Ruidos respiratorios
- Tos y expectoración
- Posición
- Percepción de la respiración
- Tipo de respiración: nasal o bucal

• Pulso cardíaco:

- Ritmo
- Frecuencia
- Amplitud
- Tensión arterial
- Percepción de la función cardíaca

2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Definición: Beber y comer adecuadamente es una necesidad básica para el organismo de ingerir y absorber los alimentos de buena calidad en cantidad

suficiente, para asegurar el desarrollo y crecimiento del individuo, la nutrición de los tejidos y mantener la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Valoración inicial:

- **Relación peso-talla/Índice de masa corporal (IMC)**
- Masticación (estado de la boca y los dientes).
 - Deglución (tragar).
 - **Digestión (velocidad, pirosis, aerofagia, náuseas, regurgitaciones).**
 - Tipo de dieta (limitación prescrita o personal).
 - Distribución horaria y de alimentos.
 - **Gustos y preferencias de alimentos.**
 - Intolerancia a algún alimento o bebida.
 - Cantidad y tipo de líquidos al día.
 - Antecedentes familiares (talla, peso, hábitos alimentarios).
 - Sentido que le otorga a la alimentación e hidratación.

. 3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Definición: Es una necesidad básica que tiene la persona para liberar de su cuerpo las sustancias nocivas e inutilizables que resultan del metabolismo; la excreción de desechos se lleva a cabo principalmente por la orina, las heces y la transpiración y también por la espiración pulmonar y la menstruación (eliminación de sustancias inútiles en la mujer).

Valoración inicial:

- **Frecuencia urinaria y fecal.**
- Cantidad urinaria y fecal.
- Color de la orina y heces.
- Olor urinario y fecal.
- Aspecto de la orina (clara, turbia) y de las heces.
- Consistencia y forma heces.

- Sensación al miccionar y defecar (alivio o disfunción).
- Control de esfínteres.
- Estado del abdomen (peristaltismo, distensión, globo vesical) y el periné.
- Transpiración.
- Menstruación.
- Sentido que le otorga a la eliminación.

4.-MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Definición: Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

Valoración inicial:

- Alineación corporal.
- Marcha estable.
- Amplitud de movimientos.
- Fuerza, masa y tono muscular.
- Coordinación de movimientos y equilibrio estable.
- Ejercicio físico: Tipo y frecuencia.
- Sentido que le otorga al ejercicio.
- Influencia del estado de ánimo en su movilidad y posturas. Comportamientos:
- Adecua las posturas (principios de mecánica corporal) específicas a las actividades que realiza en su vida diaria (profesionales, domésticas, deportivas...).

- Utiliza los recursos ergonómicos según necesidades

. 5.- DORMIR Y DESCANSAR

Definición: Es la necesidad del organismo que se caracteriza por la inhibición de la actividad voluntaria, la disminución del metabolismo y la suspensión parcial o total de la conciencia. Es necesaria para todo ser humano y debe realizarse en las mejores condiciones y en la cantidad/calidad suficiente con el fin de permitir al organismo su pleno rendimiento.

Valoraron inicial:

- Frecuencia.
- **Duración: horas que duerme de día y horas que duerme de noche.**
- Calidad: Dificultad en dormirse, sueño interrumpido, despertares frecuentes, sueño agitado (pesadillas, sueños incesantes), imposibilidad de volverse a dormir.
- Hábitos saludables precedentes al sueño. •

Nivel de actividad en las horas precedentes al sueño.

- **Horarios variables y nocturnos.**
- Ayudas para dormir.
- Influencia del entorno (ruidos ambientales, temperatura, luz,...).
- **Sentido que le otorga al reposo y sueño.**
- Influencia del estado de ánimo en su sueño y reposo. Comportamientos:

6. ESCOGER LA ROPA ADECUADA. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Definición: La necesidad de vestirse y desvestirse adecuadamente es la necesidad de la persona de sentirse a gusto con su indumentaria, adecuándola

a su estado de ánimo y a sus propios gustos, así como a su entorno social y climático, y a sus costumbres y tradiciones, teniendo siempre presentes las normas vigentes en su grupo social.

Valoración inicial:

- Necesidad de intimidad para vestirse y desvestirse.
- Capacidad intelectual para escoger ponerse y quitarse la ropa.
- Adecuación de su vestimenta y calzado a las actividades que realiza durante el día.
- Gustos y preferencias: pautas socioculturales
- Necesidad de prendas u objetos significativos.
- Sentido que otorga a la vestimenta y calzado (en relación con la temperatura, autoimagen y su relación con los demás).
- Influencia de su estado de ánimo en su vestimenta y calzado.

Comportamientos:

- Utiliza ropa y calzado adecuado para las actividades diarias.
- Se siente cómodo y a gusto con la ropa o calzado que utiliza.
- Utiliza prendas u objetos que tienen un significado especial.
- Utiliza los recursos necesarios para preservar su pudor e intimidad. • Se interesa en como la satisfacción de esta necesidad repercute en las demás.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.

Definición: Es la necesidad de producir o perder calor para mantener el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida.

Valoración inicial:

- Temperatura.
- Exposición habitual a ambientes extremadamente fríos o calurosos.
- Tolerancia al frío o calor (es friolero o caluroso).
- Sensación de calor corporal.
- Adaptación a los cambios de temperatura.
- Influencia del estado de ánimo en la temperatura. Comportamientos:
- Utiliza medidas medioambientales de prevención para minimizar los efectos del calor o frío.
- Utiliza los recursos personales adecuados frente a los cambios de temperatura.
- Utiliza medidas no farmacológicas para disminuir la fiebre.
- Se interesa en como la satisfacción de esta necesidad repercute en las demás

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Definición: Es una necesidad básica que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana con la finalidad de que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Valoración inicial:

- Aspecto de la piel, mucosas y faneras.
- Higiene bucal.
- Color, temperatura y textura de la piel.

- **Hidratación piel y mucosas.**
- Hábitos y pautas de higiene.
- Preferencias horarias.
- Sentido que otorga a la higiene corporal.
- **Influencia del estado de ánimo en su higiene personal. Comportamientos:**
 - Mantiene unas pautas de higiene adecuada a sus actividades diarias.
 - Utilización de productos adecuados para su higiene personal.
 - Realiza adecuadamente la higiene bucal: después de las comidas y antes de acostarse.
 - Ante emociones intensas, continua realizando hábitos higiénicos adecuados.
 - **Demuestra interés en mantener unos adecuados hábitos de higiene en los familiares a su cargo.**
 - Se interesa en como la satisfacción de esta necesidad repercute en las demás.

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Definición: Es la necesidad de la persona de protegerse contra agresiones internas o externas con el fin de mantener su integridad física y mental y la de los demás.

Valoración inicial:

- Integridad de los órganos de los sentidos.
- Hábitos tóxicos.
- **Percepción del estado de salud actual y general.**

- Capacidad de adaptación interna y externa.
- Estado ánimo: triste, melancólico, depresivo,...
- Percepción nivel energía.
- Percepción de autocontrol.
- Manejo tensión/estrés.
- Dificultades o limitaciones para mantener la seguridad física o psicológica.
- Control reacciones emocionales frente a situaciones.
- Nivel de satisfacción con su apariencia.
- Auto descripción, auto concepto (imagen corporal, si la acepto o no) y auto evaluación (positiva y negativa).
- Identidad personal: se afirma y se sitúa en relación con los otros y cómo se siente con su propio cuerpo.
- Autoestima: reconoce su valor y se siente querido.
- Sentido que otorga a su seguridad física y psíquica.
- Influencia de su estado de ánimo en su seguridad. Comportamientos:
- Utiliza medidas de prevención de transmisión de enfermedades.
- Gestiona su estado de salud.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

Definición: Es una necesidad que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. La comunicación es un proceso dinámico de intercambio de mensajes verbales y no verbales, que incluye la forma en que se interpretan dichos mensajes que permite a las personas ser accesibles las unas con las

otras y poner en común sentimientos, opiniones, experiencias e información. La persona necesita intercambiar información personal de todo tipo con los demás.

Valoración inicial:

- Capacidad de usar los órganos de los sentidos como medio de comunicación.
- **Patrones culturales en relación con la comunicación.**
- Capacidad para expresar sus sentimientos y emociones y forma habitual de hacerlo.
- Expresión clara del pensamiento.
- Coherencia del discurso.
- Congruencia de la comunicación verbal con la comunicación no verbal.
- **Disponibilidad de personas significativas.**
- Facilidad para pedir y aceptar ayuda o dársela a los demás.
 - Percepción de la comunicación de los demás. Tipo de relaciones sociales que mantienen y grado de satisfacción.
- **Equilibrio entre la soledad y la interacción social.**
- Percepción sobre su sexualidad y las relaciones sexuales.
- Autoconcepto sexual (identidad de rol, congruencia entre la identidad sexual y el rol sexual real).
- Expectativas en relación con el rol sexual.

. 11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Definición: Es una necesidad para todas las personas de actuar según sus creencias y valores de forma que todos los actos realizados por esta se

traduzcan en gestos y actos conforme con su propia noción personal del bien o mal y de la justicia.

Valoración inicial:

- Adherencia a un sistema de creencias y valores.
- Capacidad personal para realizar las actividades relacionadas con sus valores, creencias o fe.
- Coherencia con sus valores y creencia.
- **Valores que entran en conflicto o se contraponen.**
- Coexistencia de su sistema de valores con su entorno.
- Disponibilidad de guías o consejeros espirituales.
- Accesibilidad a lugares de religión o culto.
- **Tiene hechas sus últimas voluntades.**
- Sentido que le otorga a sus valores y creencias.
- Influencia de su estado de ánimo en sus valores y creencias.

Comportamientos:

- Practica los hábitos y rituales cotidianos y periódicos que le reconfortan en relación con sus valores y creencias.
- **Ha manifestado sus creencias relacionadas con su enfermedad o muerte.**
- Manifiesta congruencia entre sus comportamientos en relación con sus valores
- Significado de la propia existencia de la vida, muerte, dolor y enfermedad.
- Ha tomado decisiones verbales o escritas. • Ha especificado sus últimas voluntades. • Respeto el sistema de creencias de los otros.

. 12. NECESIDAD DE OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Definición: Ocuparse y sentirse realizado es una necesidad de todas las personas de cumplir con unas actividades que les permite satisfacer sus necesidades de sentirse útiles con los demás. Las acciones que la persona lleva a cabo le permiten desarrollar al máximo su potencial y los roles en los que se define. La gratificación que la persona recibe le permite llegar a una total plenitud.

Valoración inicial:

- Roles que desempeña.
- Percepción y sentido de sus roles
- Dificultades o limitaciones para llevar a cabo los distintos roles.
- Repercusiones de estas dificultades o limitaciones en el resto de personas involucradas.
- Condiciones del entorno para desempeñar su rol (es limitante, técnicas...)
- Persona a su cargo.
- Sentido que le otorga a la realización personal.
- Influencia del estado de ánimo en el desempeño de los roles.

Comportamientos:

- Enumera los roles (familiares, sociales y laborales)
- Identifica las actividades y ocupaciones que necesita para mantener sentimientos o interacciones positivas o que le dan sentido.
- Realiza las acciones adecuadas para cumplir las tareas de su rol
- Actitudes positivas frente a las tareas relacionadas con su rol (verbaliza sentimiento de competencia relacionada con su rol).

- Se implica en su autocuidado
- . • Identifica recursos (red de soporte) para el desempeño de roles.
- Expresa satisfacción con los recursos del medio para desempeñar su rol.
- Ante emociones fuertes o intensas utiliza técnicas para poder desempeñar su rol
- . • Se interesa en como la satisfacción de esta necesidad repercute en las demás.

13.-NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Definición: Las actividades recreativas son una necesidad de la persona para relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión. Para conservar su equilibrio, la persona debe repartir equitativamente el trabajo, el sueño y el tiempo de ocio. Esta necesidad favorece las relaciones humanas, la expresión personal, la iniciativa, la creatividad y el incremento de la cultura personal. Puede ser satisfecha mediante la práctica de un deporte, o de una actividad artística, ejercicio físico, fiestas, viajes o pasatiempos.

Valoración inicial:

- Pasatiempos o distracciones habituales.
- **Organización del tiempo: patrón trabajo/ocio**
- . • Fecha participación última actividad lúdica.
- Capacidad para realizar las actividades recreativas elegidas.
- Disponibilidad de acceso a los mismos (estructuras y medios)
- . • Sentido que le otorga a sus actividades de ocio.
- Influencia del estado de ánimo en sus actividades lúdicas. Comportamientos:

- Sabe distraerse, relajarse y divertirse y buscar recursos.
- Gestiona su tiempo para llevar a cabo actividades de ocio diarias, semanales y anuales (tiempo, recursos).

. 14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Definición: Aprender es una necesidad que tiene el ser humano de adquirir nuevos conocimientos, actitudes y habilidades sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud así como los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

Valoración inicial:

- Conocimientos y conductas suficientes sobre sus autocuidados, necesidades básicas.
- Forma que le resulta más fácil para adquirir conocimientos.
- Interés y compromiso por aprender, descubrir o cambiar actitudes y comportamientos.
- Dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud (dejar de fumar, dieta,...).
- Conocimiento de los diferentes recursos de que dispone en la comunidad y utilización de los mismos.
- Sentido que otorga a la necesidad de aprender para modificar conductas generadoras de salud.
- Influencia del estado de ánimo en su aprendizaje. Comportamientos:
 - Afirma o declara que es competente ante su estado de salud, su autocuidado y el de las personas a su cargo.

- Se expresa con claridad y pertinencia respecto a sus necesidades de salud y a las de las personas a su cargo.
- Manifiesta interés por mejorar sus capacidades intelectuales y manuales.
- Se compromete a modificar sus hábitos, si es necesario.
- Se implica en el aprendizaje (pregunta, escucha, observa,...).
- Busca formas de descubrir otros modos de aprendizaje.

DIAGNOSTICO

1.- Riesgo de shock. (pág. 530)

Definición:

Susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer a la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Sangrado.
 - Factores identificados mediante una herramienta de detección estandarizada y válida.
 - Hipertermia.
 - Hipotermia.
 - Hipoxemia.
 - Hipoxia.
 - Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de hemorragias.
 - Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables.
 - Autogestión ineficaz de la medicación.
 - Volumen de líquidos insuficientes.
- Pérdidas de líquido no hemorrágicas

2.- **Etiqueta (problema) (P)** Riesgo de infección (pág. 488)

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo.
- Dificultad para manejar el cuidado de las heridas.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- Alimentación exclusiva con fórmula.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Acceso inadecuado a equipos de protección individual.
- Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública.
- Higiene inadecuada del entorno.
- Alfabetización en salud inadecuada.

Higiene inadecuada.

3.- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)** Riesgo de sangrado. (pág. 492)

Definición:

Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

4.- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)**

Dolor agudo (00132)

Pág. 576

DEFINICIÓN

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

PLANEACION

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 2. LESIÓN FÍSICA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema)</u> (P) Riesgo de sangrado. (pág. 492)</p> <p><u>Definición:</u> Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado. 		<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>	190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
		<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre Pág. 564</p>	041306 Distensión abdominal. 041308 Hemorragia postoperatoria 041312 Pérdida de calor corporal. 041313 Palidez de piel y mucosas. 041314 Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno. 	<p>MANTENER</p> <p>A:</p> <p>AUMENTAR</p> <p>A:</p>

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)

INTERVENCIÓN: 4020 Disminución de la hemorragia
CAMPO: Fisiológico: complejo.
CLASE: N Control de la perfusión tisular.
DEFINICIÓN: Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia.
PÁGINA: 165

INTERVENCIONES.

- Identificar la causa de la hemorragia
- Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre
- Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos.
- Monitorizar el estado hídrico, incluyendo entradas y salidas
- Monitorizar la función neurológica
- Organizar la disponibilidad de hemoderivados para la transfusión si fuera necesario
- Mantener un acceso i.v permeable
- Administrar hemoderivados (plaquetas, y plasma fresco congelado), si está indicado.
- Instruir al paciente sobre la restricción de actividades.
- Instruir al paciente y familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)

INTERVENCIÓN: 4010 Prevención de hemorragia
CAMPO: Fisiológico: complejo.
CLASE: N Control de la perfusión tisular.
DEFINICIÓN: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragia en pacientes con riesgos de sufrirlas.
PÁGINA: 377

INTERVENCIONES.

- Revisar la historia clínica del paciente para determinar los factores de riesgo (p. ej., cirugía, trauma, úlceras, hemofilia, coagulación deficiente, inhibición de la coagulación por el tratamiento con medicación.
- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de la hemorragia interna o externa.
- Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente.
- Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación.
- Mantener un acceso i.v. según corresponda.
- Mantener reposo en cama durante la hemorragia.
- Evitar inyecciones (i.v., i.m., o subcutánea)
- Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más la coagulación.
- Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal.
- Informar al paciente que evite procedimientos invasivos
- Evitar tomar temperaturas rectales.
- Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.
- Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el traumatismo cutáneo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 1. INFECCIÓN.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema)</u> (P) Riesgo de infección (pág. 488)</p> <p><u>Definición:</u> Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo. ➤ Dificultad para manejar el cuidado de las heridas. ➤ Motilidad gastrointestinal disfuncional. ➤ Alimentación exclusiva con fórmula. ➤ Deterioro de la integridad cutánea. ➤ Acceso inadecuado a equipos de protección individual. ➤ Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública. ➤ Higiene inadecuada del entorno. ➤ Alfabetización en salud inadecuada. 	<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>	<p>190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales</p>	<p>1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>	
	<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564</p>	<p>110201 Aproximación cutánea. 110213 Aproximación de los bordes de la herida. 110214 Formación de la cicatriz</p>	<p>1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado 4. Sustancial. 5. Extenso.</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>	

➤ **Higiene inadecuada.**

- **Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a los agentes patógenos.**
- **Hábitos inadecuados de higiene oral.**
- **Inmunización inadecuada.**
- **Malnutrición.**
- **Lactancia materna mixta.**
- **Obesidad.**
- **Tabaquismo**
- **Retención de líquidos corporales.**

50

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)
<p>INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas CAMPO: Fisiológico: complejo. CLASE: L Control de la piel/heridas DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación. PÁGINA: 131</p>	<p>INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones. CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de infecciones. DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. PÁGINA: 113</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herid, según corresponda. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. • Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. • Administrar cuidados de la ulcera cutánea, si es necesario. • Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión, según corresponda. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida. • Reforzar el apósito si es necesario. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Cambiar la posición del paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda. • Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda. • Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. • Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidados de la herida. • Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. 	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuir la superficie correspondiente por paciente. según las directrices de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por el paciente. • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • Aislar al paciente con enfermedades transmisibles. • Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea adecuado. • Lavarse las manos antes y después de los cuidados de paciente. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales. • Garantizar una manipulación adecuada de todas las iv. • Fomentar una ingesta nutrimental adecuada. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. • Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado. • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 2. SEGURIDAD PROTECCIÓN	CLASE 4. LESIÓN FÍSICA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de shock. (pág. 530)</p> <p><u>Definición:</u> Susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer a la salud.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sangrado. ➤ Factores identificados 		<p>Dominio (2) Salud fisiológica. Clase (E) Cardiopulmonar. Código 0416 Perfüsion tisular celular Pág. 481</p>	<p>041601 Presión arterial sistólica. 041602 Presión arterial diastólica. 041607 Ritmo cardiaco 041610 Gasto urinario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>

<p>mediante una herramienta de detección estandarizada y valida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertermia. ➤ Hipotermia. ➤ Hipoxemia. ➤ Hipoxia. ➤ Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de hemorragias. ➤ Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables. ➤ Autogestión ineficaz de la medicación. ➤ Volumen de líquidos insuficientes. ➤ Pérdidas de líquido no hemorrágicas 	<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre Pág. 564</p>	<p>041306 Distensión abdominal. 041308 Hemorragia postoperatoria 041312 Pérdida de calor corporal. 041313 Palidez de piel y mucosas. 041314 Ansiedad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno. 	<p>MANTENER</p> <p>A:</p> <p>AUMENTAR</p> <p>A:</p>
--	---	---	---	---

DOMINIO 12. CONFORT	CLASE 1. CONFORT FÍSICO	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJ N DIANA
<p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576</p> <p align="center">DEFINICIÓN Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.</p>	<p align="center">(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273</p>	<p>(160502) Reconoce el comienzo del dolor. (160515) Describe el dolor. (160509) Reconoce los síntomas asociados del dolor. (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.</p>	<p>1} Nunca demostrado 2} Raramente demostrado 3} A veces demostrado 4} Frecuentemente demostrado 5} Siempre demostrado</p>	<p align="center">MANTENER A: 17 AUMENTAR A:</p>	
<p align="center">FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGÍA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión por agentes biológicos • Lesiones por agentes físicos • Uso inapropiado de agentes químicos 	<p align="center">(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374</p>	<p>(200801) Bienestar físico. (200802) Control de síntomas. (200804) Entorno físico.</p>	<p>1} Gravemente comprometido 2} Sustancialmente comprometido 3} Moderadamente comprometido 4} Levemente comprometido 5} - No comprometido</p>	<p align="center">MANTENER A: AUMENTA R A:</p>	

<p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el apetito • Diaforesis • Conducta expresiva • Expresión facial del dolor • Conducta defensiva • Postura para aliviar el dolor • Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor • Alteración de los parámetros fisiológicos • Dilatación pupilar 	<p>(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466</p>	<p>(210210) Frecuencia respiratoria. (210211) Frecuencia cardíaca apical. (210212) Presión arterial. (210214) Sudoración (210206) Expresiones faciales de dolor. (210223) Irritabilidad.</p>	<p>1- Desviación grave del rango normal 2- Desviación sustancial del rango normal 3- Desviación moderada del rango normal 4- Desviación leve del rango normal 5- Sin desviación del rango normal</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>
--	---	--	--	---

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

CAMPO: 2 Fisiológico: complejo.

CLASE: H Control de fármacos.

DEFINICIÓN: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

PÁGINA: 51

ACTIVIDADES

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognitivas, psicóticos, enfermos críticos, que no hablen el idioma del país, demencia).
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.
- Poner en práctica medidas para reducir los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad bucal, estreñimiento, irritación gástrica).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Administrar antagonistas de los opiáceos (p. ej., naloxona) para la depresión respiratoria o sedación no deseada, si está indicado.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.
- Involucrar a la familia y allegados en medidas de control del dolor tales como masajes simples o técnicas de aplicación de calor/frío.

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico.
CLASE: E Fomento de la comodidad física.
DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
PÁGINA: 250

ACTIVIDADES

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales (6680)

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgo

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

PÁGINA: 341

ACTIVIDADES

- **Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.**
- **Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.**
- **Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.**
- **Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.**
- **Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.**
- **Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.**
- **Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.**
- **Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.**
- **Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.**
- **Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.**
- **Observar si hay pulso paradójico.**
- **Observar si hay pulso alternante.**
- **Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.**
- **Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.**
- **Monitorizar los ruidos pulmonares.**
- **Monitorizar la pulsioximetría.**
- **Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.**
- **Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).**
- **Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.**
- **Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.**

EJECUCION

1.- Riesgo de shock. (pág. 530)

Definición:

Susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer a la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Sangrado.
- Factores identificados mediante una herramienta de detección estandarizada y válida.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Hipoxemia.
- Hipoxia.
- Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de hemorragias.
- Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables.
- Autogestión ineficaz de la medicación.
- Volumen de líquidos insuficientes.

Pérdidas de líquido no hemorrágicas

2.- **Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de infección (pág. 488)

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo.
- Dificultad para manejar el cuidado de las heridas.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- Alimentación exclusiva con fórmula.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Acceso inadecuado a equipos de protección individual.
- Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública.

INTERVENCIÓN: 4260 Prevención del shock

INTERVENCIÓN: patrón respiratorio ineficaz

INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas

INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones.

- Higiene inadecuada del entorno.
- Alfabetización en salud inadecuada.

Higiene inadecuada.

3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)
Riesgo de sangrado. (pág. 492)

Definición:

Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)
Dolor agudo (00132)

Pág. 576

DEFINICIÓN

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

INTERVENCIÓN: 4020 Disminución de la hemorragia

INTERVENCIÓN: 4010 Prevención de hemorragia

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

EVALUACION

1.- Riesgo de shock. (pág. 530)

Definición:

Susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer a la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Sangrado.
- Factores identificados mediante una herramienta de detección estandarizada y valida.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Hipoxemia.
- Hipoxia.
- Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de hemorragias.
- Conocimiento inadecuado sobre los factores modificables.
- Autogestión ineficaz de la medicación.
- Volumen de líquidos insuficientes.

Pérdidas de líquido no hemorrágicas

2.- **Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de infección (pág. 488)

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

- Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo.
- Dificultad para manejar el cuidado de las heridas.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- Alimentación exclusiva con fórmula.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Acceso inadecuado a equipos de protección individual.
- Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública.

INTERVENCIÓN: 4260 Prevención del shock

INTERVENCIÓN: patrón respiratorio ineficaz

Con la monitorización continua y la prevención del shock con una buena recuperación de sangre con soluciones parenterales se logra prevenir el shock.

Con un buen aporte de oxígeno y una posición adecuada se logra mejorar el patrón respiratorio

INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas

INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones.

Con el aseo constante de los genitales y la vigilancia del sangrado tras vaginal se logra evitar posibles infecciones

Con el manejo de medicamento como antibióticos ayudan a disminuir el riesgo de infección

- Higiene inadecuada del entorno.
- Alfabetización en salud inadecuada.

Higiene inadecuada.

3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)
 Riesgo de sangrado. (pág. 492)

Definición:

Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P)
Dolor agudo (00132)

Pág. 576

DEFINICIÓN

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

INTERVENCIÓN: 4020 Disminución de la hemorragia

INTERVENCIÓN: 4010 Prevención de hemorragia

Con el manejo correcto de medicamentos que ayuden a disminuir el sangrado ayuda que la paciente pueda morir de sangrado

La vigilancia constante y la monitorización de los signos vitales ayudara a medir el riesgo de hemorragia

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

Con la administración de analgésicos se lograra disminuir el malestar abdominal por aborto

Un ambiente que favorezca la comodidad ayuda a la paciente a mejorar su estado de animo a pesar de su perdida

Conclusión

Mediante la realización de este estudio de caso clínico de una paciente con el diagnóstico de aborto espontáneo, se logró concluir que es de vital importancia conocer el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, para evitar complicaciones futuras que impliquen el compromiso de la vida de la madre y/o el nuevo ser.

Como estudiante de enfermería es importante conocer cada actividad que se le brinda al paciente con el diagnóstico de aborto, con la valoración de las 14 necesidades se logró conocer algunas alteraciones de las necesidades más importantes y ahí es donde pudimos implementar nuestros diagnósticos de enfermería para ayudar a mejorar la salud de la paciente.