



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UNA MUJER ADULTA JOVEN CON  
HISTERECTOMIA SECUNDARIO A MIOMATOSIS  
UTERINA**

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

**PRESENTA:**

**FRANCISCA MARTÍNEZ MÉNDEZ**

**No CUENTA: 096702279**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:  
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES.**

**MÉXICO, D.F.**

**SEPTIEMBRE, 2007**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Le quiero dar gracias a Dios  
por darme el don de la vida  
para realizar la meta que me  
he propuesto.  
Por darme la familia que tengo...  
Muchas gracias.

### **A MI FAMILIA:**

Gracias por su apoyo y paciencia  
Ahora más que nunca se acredita  
Mi admiración y respeto.  
Gracias por lo que hemos logrado.

### **A MIS MAESTROS:**

Por sus enseñanzas, paciencia y  
sus consejos.

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>5</b>
<b>5. MARCO TEORICO</b>	
<b>5.1 Reseña histórica de enfermería en México.....</b>	<b>6</b>
<b>5.2 Generalidades de Virginia Henderson.....</b>	<b>11</b>
<b>5.2.1 Definición de Enfermería.....</b>	<b>13</b>
<b>5.2.2 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....</b>	<b>13</b>
<b>5.3 Proceso Atención de Enfermería</b>	
<b>5.3.1 Concepto.....</b>	<b>17</b>
<b>5.3.2 Antecedentes históricos.....</b>	<b>18</b>
<b>5.3.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....</b>	<b>21</b>
<b>5.3.3.1 Valoración.....</b>	<b>21</b>
<b>5.3.3.2 Diagnóstico de enfermería.....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.3.3 Planeación.....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.3.4 Ejecución.....</b>	<b>25</b>
<b>5.3.3.5 Evaluación.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Presentación del caso.....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 Valoración basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson.....</b>	<b>30</b>
<b>6.2 Problemas detectados.....</b>	<b>37</b>
<b>6.3 Conclusión diagnóstica de Enfermería.....</b>	<b>38</b>
<b>6.4 Relación NANDA-NOC-NIC aplicado en el caso seleccionado.....</b>	<b>39</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>57</b>
<b>8. Evaluación.....</b>	<b>58</b>
<b>9. Sugerencias.....</b>	<b>59</b>
<b>10. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>60</b>
<b>11. Anexos</b>	
<b>Anexo 1: Anatomía y fisiología del útero.....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo 2: Miomatosis uterina.....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo 3: Histerectomía.....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo 4: Etapa de desarrollo. Adulta joven.....</b>	<b>76</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería se entiende como un proceso de resolución de problemas en el que las distintas partes que lo componen están estandarizadas mediante el uso de taxonomías, así para los diagnósticos se ha adoptado la taxonomía de la NANDA II, para los resultados la taxonomía NOC y para las intervenciones la taxonomía NIC, que se complementan con un estándar para la valoración y la inclusión de cuestionarios, tests e índices de uso multidisciplinar.

Todos los planes de cuidados incluyen: Una valoración integral, utilizando las de necesidades básicas de Virginia Henderson que se complementan con el cuestionario utilizado con más frecuencia. Será imprescindible abordar como mínimo los aspectos para facilitar un análisis inicial de la situación y permitir, a partir de aquí, el desarrollo de unos cuidados de enfermería personalizados a cada paciente.

Como consecuencia de la valoración integral previa se identifican los problemas de salud (diagnósticos enfermeros) y/o de riesgo que con más frecuencia suelen aparecer en los/as pacientes incluidos en cada proceso. Sin embargo no serán las únicas necesidades de cuidados que se puedan encontrar, incluso existirán pacientes a quienes algunos de los diagnósticos no les afecte, por tanto deben entenderse únicamente como punto de partida.

Selección de los resultados a conseguir utilizando la clasificación NOC y los indicadores más oportunos para su evaluación.

Determinación de las intervenciones recomendadas utilizando la clasificación NIC junto con las actividades que nos proporcionarán los resultados deseados.

Para facilitar su utilización, se incluye un anexo para valoración integral que contiene el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, igualmente se exponen los problemas esperables, los resultados a conseguir y las intervenciones enfermeras necesarias para corregir la situación disfuncional detectada y el desarrollo de las intervenciones, resultados e indicadores para la evaluación.

“Formular diagnósticos enfermeros requiere análisis, síntesis y exactitud al interpretar y dar un sentido a los complejos datos clínicos. Este proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos. No obstante, a menos que la enfermera pueda documentar su pensamiento de forma que pueda ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales de salud, este proceso de pensamientos es invisible.

Nominar exactamente e informar de los resultados del pensamiento crítico de la enfermera ayuda a que otros cuidadores conozcan las necesidades de la persona cuidada y como éstas serán satisfechas mediante el plan de cuidados. El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinar”.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Revista de enfermería: Amparo Roldan de T y Maria Estela Fernández de S. Proceso Atención Enfermería, Investigación y educación en Enfermería. VOL. XVII No 2, Septiembre de 1999 Pág. 79- 93

Para la realización de este trabajo se presenta la introducción, justificación, y los objetivos alcanzados. Se expone la metodología utilizada en el proceso, el cual se realiza en el Centro Medico ABC Observatorio. El proceso de atención Enfermería se aplica a una mujer adulta joven. Para la selección del caso clínico se tomo en cuenta la disposición y cooperación de la señora Mariana.

En el primer capitulo se desarrolla el marco teórico que trata de la reseña histórica de enfermería, concepto de enfermería, generalidades de Virginia Henderson, así como los conceptos básicos de su modelo. El modelo humanista es, desde mi punto de vista, el más accesible para ponerse en práctica en un medio de trabajo real y así se puede valorar y evaluar los resultados. En este apartado se desarrolla el tema de proceso atención de enfermería, lo conforma la definición del proceso atención enfermería y sus etapas son: Valoración, Diagnostico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. También se menciona la etapa de desarrollo que se encuentra: Adulta madura.

En el segundo capitulo se presenta el caso clínico, para la selección del caso clínico se tomo en cuenta la actitud de Mariana ya que tenia desconocimiento del procedimiento que se le realizaría y esto conlleva al temor, se hace mención de los datos de identificación, quien conforma su familia, a partir de cuando inicia su padecimiento y el manejo que le dieron. En este apartado se lleva a cabo el desarrollo del proceso en forma practica donde se lleva a cabo una de sus etapas: La valoración se realiza a través del formato de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, al obtener los resultados se realiza una conclusión diagnostica y se elaboran los diagnósticos de enfermería, y se aplica el plan de intervenciones que a continuación se menciona.

En este apartado se aplica el plan de intervenciones de enfermería, de acuerdo a los resultados de la valoración, se realizan los diagnósticos de enfermería, se plantean objetivos, se llevan a cabo las intervenciones de enfermería los cuales se llevan a cabo en el postoperatorio y alta a domicilio.

Se mencionan las conclusiones, en el cual se comprueba que el proceso atención de enfermería; es el método adecuado para valorar los problemas de salud y nos ayuda a mejorar nuestra práctica profesional.

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

La realización del Proceso atención de Enfermería me permite individualizar las observaciones y las actividades para llevar a cabo una evaluación independiente de la paciente. Por cuál se utilizó el modelo de Virginia Henderson, ya que ella toma en cuenta las 14 necesidades básicas del ser humano como ser holístico y le da un enfoque más completo.

Para mi fue importante retomar y aplicar cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería ya que es una forma sistemática y ordenada de para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

Esto nos da una herramienta para saber como actuar y atender a nuestros pacientes de acuerdo a sus necesidades tanto físicas como emocionales y me será útil durante mi vida profesional.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **Objetivo general**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería como metodología para la atención de una paciente femenina adulta joven con histerectomía secundario a miomatosis uterina, utilizando como base conceptual los elementos filosóficos de Virginia Henderson.

#### **Objetivos específicos**

- 1.- Manejar adecuadamente el Proceso Atención de Enfermería y conocer las etapas que este tiene para aplicarlas en el caso que se realizara para que también me sea útil en mi quehacer profesional.
- 2.-Poner en práctica las bases filosóficas de Virginia Henderson mediante la valoración de las 14 necesidades básicas del individuo para identificar sus necesidades y problemas.
- 3.-Conocer el manejo de los diagnósticos enfermeros de la NANDA para aplicarlos en el caso seleccionado en el Proceso Atención Enfermería como de los pacientes que les brinde atención a lo largo de mi vida profesional.
- 4.-Conocer el manejo de la relación NANDA-NOC-NIC ya que esto nos permitirá unificar o estandarizar los lenguajes enfermeros para favorecer el desarrollo del conocimiento.
- 5.-Participar en la atención de la paciente para valorar oportunamente cualquier problema o complicación que puede presentar el paciente durante su estancia hospitalaria.



#### 4. METODOLOGIA

Para la realización de este trabajo se llevo el siguiente orden; para la confirmación del marco teórico se realizaron revisiones bibliográficas de reseña histórica de enfermería se menciona la definición de enfermería y las generalidades de Virginia Henderson, así como sus conceptos básicos, se identifican 14 necesidades básicas del ser humano y sus afirmaciones teóricas, así como y cuando surge el proceso de atención y sus etapas que son: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación y se consideran algunos temas de fomento a la salud.

Este proceso atención de enfermería se realizo en el Centro Medico ABC Observatorio en el servicio de Gineco-Obstetricia para la cual se dedico 4 horas diarias del 9 al 13 de julio del 2007 tiempo que tuvo de estancia intrahospitalaria la señora Mariana.

Para la selección del caso clínico se tomo en consideración la disposición, comunicación fluida y el buen desarrollo para cada una de las actividades realizadas. Escogí a la señora Mariana ya que es una persona muy cooperadora y amable se le realizo la valoración sin problemas de comunicación además que se mostraba muy cooperadora y participativa durante los procedimientos.

En la aplicación de este proceso de atención de enfermería la obtención de datos para la valoración de necesidades fue a través de la observación, la entrevista y la exploración física, se aplica la valoración de las 14 necesidades del modelo Virginia Henderson de acuerdo a los resultados se establecieron los diagnósticos de enfermería y en base a ellos se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería aplicando los diagnósticos de la NANDA y la relación con el NIC Y NOC y posteriormente se realizo una evaluación para determinar si se alcanzaron los objetivos.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 RESEÑA HISTORICA DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

“En México la enseñanza formal de la enfermería se inicia en la transición al siglo que acaba de concluir, el sistema de enseñanza fue determinado por la influencia de la estrategia europea en el seguimiento del sistema de formación profesional mexicano.

Así con limitación en los contenidos, con énfasis en las destrezas, disciplina y los valores fundamentales, se formó a las enfermeras que adquirieron la responsabilidad de los servicios en las primeras instituciones hospitalarias.

Es hasta 1945 cuando en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se establece una reforma del proyecto educativo en enfermería en el cual se refuerzan la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas de enfermería médico quirúrgica y se amplían las prácticas de maternidad.

Desde entonces muchas cosas han cambiado, nos hemos preparado mejor y desarrollamos también mejor nuestra labor docente. Nos hemos integrado plenamente a la Universidad, lo cual ha influido a su vez en nosotros para encontrar caminos de superación.

De igual forma el sistema de salud ha tenido una acelerada expansión, que ha incrementado el volumen de empleo, la propia enfermería en lo que se refiere a su saber, tecnologías y su arte, nos ha permitido valorar y sistematizar la enseñanza, pero no hay duda que también el motor de nuestro desarrollo ha sido la planta de profesores que en la época moderna se han comprometido con nuestras aspiraciones profesionales.

Son muchas las evidencias de este notable desarrollo que podrá reconocerse como consecuencia de haber alcanzado autonomía, y que en este momento es imposible sistematizar considerando los objetivos de este documento, pero sí mencionaremos algunos que a nuestro juicio han sido el parte aguas en la profesionalización de la enfermería en México.

Durante el período de 1987 a 1991 se confirma entre la comunidad académica un genuino interés colectivo por evaluar el contenido, la metodología y condiciones de la formación profesional. Este proceso culminó con una importante transformación del plan de estudios que, entre otras cosas, logra diferenciar perfiles de nivel técnico y licenciatura (tabla 1), restablecer una identidad profesional, valorar la formación universitaria y fortalecer el compromiso social de la enfermería con las necesidades de salud de las mayorías a través de aplicar y estudiar el enfoque de riesgo, con experiencias de aprendizaje donde el alumno aplique el conocimiento de enfermería para evitar daños a la salud.

**Tabla 1.** Universidad Nacional Autónoma de México.  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Características de la Formación y la Práctica de Enfermería

	AUXILIARES DE ENFERMERÍA*	NIVEL TÉCNICO**	NIVEL LICENCIATURA***
REQUISITOS DE FORMACIÓN	6 a 9 años de enseñanza básica previa	9 años de enseñanza básica previa	12 años de enseñanza básica previa
	Curso de 6 meses a 1 año	Carrera técnica (3 años)	Carrera Universitaria (4 años)
	Diploma de Auxiliar de Enfermera	Título de Enfermera	Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia
FUNCIONES	Colabora con el personal profesional en labores técnico-asistenciales de cuidado.	Brinda cuidado al paciente y familia. Realiza actividades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y rehabilitación.	Brinda y coordina el cuidado al paciente, familia y comunidad Realiza funciones de educación e investigación disciplinaria Gestiona y supervisa los procesos y sistemas de enfermería.

*\*Se imparte por organismos privados. \*\*Se imparte sólo en el SUA-ENEO. \*\*\*Se imparte en la UNAM.*

Con el nivel de madurez que ha logrado la formación universitaria de enfermería, actualmente la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) atiende a una población escolar de más de tres mil quinientos alumnos en pregrado (figura 1), por sistema abierto y escolarizado, así como cerca de quinientos estudiantes en cursos posttécnicos y seis programas de especialización y de esta manera; la escuela se destaca como la institución que ofrece el mayor número de profesionales que contribuyen al desarrollo de los sistemas de salud en nuestro país.



Fuente: 4° Informe ENEG-UNAM 1998

**Figura 1.** Evolución del Número de Matrículas de Licenciatura en SUA

A partir del proyecto de desarrollo 1995-2000 de la ENEOUNAM, y con base en los éxitos y compromisos que la comunidad ha afianzado con la profesión, compartimos nuevos valores,

aspiraciones y visión de futuro congruente con las transformaciones de nuestra Universidad y de nuestra disciplina.

En este sentido nuestras tendencias en el proyecto de profesionalización se orientan hacia la modernización de las condiciones para el aprendizaje, un proceso flexible donde el alumno se comprometa más con su formación y con el desarrollo de las habilidades de pensamiento formal analítico, una mayor y más eficaz colaboración con las instituciones de salud y con facultades, centros e institutos dentro y fuera de nuestra universidad, fomentar el trabajo colegiado para desarrollar la vida académica, fomentar la investigación y sobre todo consolidar nuestra estrategia de educación superior para ambos sistemas a fin de transitar con éxito al posgrado, lo que nos permitirá contribuir al avance y producción del conocimiento para nuestra profesión.

Actualmente el proyecto de profesionalización de la ENEO tiene tres ejes fundamentales: el primero es el desarrollo de la licenciatura en enfermería en el sistema escolarizado al cual se le han asignado mayores recursos debido a que la ENEO desde el año de 1998 sólo oferta la licenciatura en enfermería, a fin de que la formación de licenciados se consolide en nuestro país. Esta situación implicó también que las escuelas de Enfermería que tienen incorporados sus estudios a la UNAM regularizaran sus programas y a partir del ciclo escolar 1999 ofrecen únicamente estudios de Licenciatura en Enfermería, estas escuelas son: Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Escuela de Enfermería del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Escuela de Enfermería del Instituto de Salud del Departamento del Distrito Federal, Escuela de Enfermería del Instituto Marillac, Escuela de Enfermería del Hospital Español, Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana, Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús, Escuela de Enfermería del Hospital American British Cowdray. Así como también el inicio, desarrollo y consolidación de los estudios de posgrado en la ENEO que permitan el avance vertical de los egresados de nivel superior en enfermería hacia el desarrollo de la investigación y del conocimiento disciplinario.

El segundo eje lo constituye el programa de profesionalización de enfermería a través del Sistema de Universidad Abierta el cual tiene más de 20 años de haber iniciado y que se ha constituido en punto de referencia y en modelo a seguir en nuestra universidad, por las universidades estatales, universidades latinoamericanas y existe también el interés en universidades de Canadá y Estados Unidos.

El Sistema de Universidad Abierta de la ENEO ofrece la carrera de enfermería de nivel técnico para profesionalizar a las auxiliares de enfermería que se encuentran laborando en las instituciones del sector salud públicas y privadas, a través de una estrategia donde se complementan la experiencia del estudio y el trabajo, el aprendizaje, la investigación, la teoría, la práctica, y los recursos tradicionales con los medios de la telemática aplicados a la educación.

Se han establecido convenios con la Secretaría de Salud, el ISSSTE, el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, la Fundación Clínica Londres, el Hospital Español de México, las universidades de los Estados de Durango, Puebla, ISSSTE Hidalgo y la Escuela de Enfermería del Estado de Chiapas, en las cuales se imparte ya esta modalidad de estudios para profesionalizar a las auxiliares de enfermería, para este ciclo escolar se tienen inscritos en este nivel de estudios 894 alumnos.

Para el nivel licenciatura se tiene el programa de ingreso por años posteriores al primero, el cual ofrece a egresados de nivel técnico en enfermería con bachillerato concluido la oportunidad de complementar créditos y obtener el grado de licenciatura a través del sistema de universidad abierta. A la fecha este programa tiene una gran demanda y se han establecido sedes en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán, Baja California, San Luis Potosí, Guadalajara, Monterrey, Sonora, Sinaloa, Veracruz, Hospital Español de México, la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, la Escuela de Enfermería del Departamento del Distrito Federal, la Escuela del ISSSTE, la ENEP Iztacala, la Escuela Militar de Enfermeras; en este ciclo se tiene una matrícula de 395 alumnos en las diferentes sedes del país.

Es así como la enseñanza abierta en la ENEO permite poner el sistema al servicio de la profesionalización, a partir del proyecto de actualización y de certificación de los materiales y medios educativos, la incorporación de audio y videocasete, la transmisión a distancia y la aplicación de medios electrónicos como complemento para modernizar la metodología tan solicitada en diversas instituciones educativas y de salud de nuestro país.

Es necesario mencionar que el éxito y desarrollo de este proyecto de profesionalización se basa en el compromiso y la calidad de los docentes, en la eficacia de los medios utilizados y en el riguroso proceso de selección y de evaluación de los participantes.

Por ello, y por la seguridad y experiencia adquirida en este sistema, que constituye el tercer eje del proyecto de profesionalización en la ENEO hemos iniciado con la educación a distancia, ofreciendo opciones de educación continua vinculados con el sector profesional de enfermería. A través de esta modalidad se han integrado a la barra de programación vía satélite (telecampus UNAM) los cursos de Avances en Diálisis Peritoneal llegando en su primera etapa a 270 enfermeras en la República Mexicana, Panamá, Guatemala, Nicaragua y Costa Rica.

Así también se han impartido los cursos de Atención al Paciente en Estado Crítico, Tanatología, recientemente el diplomado de Enfermería Nefrológica, Aterosclerosis y sus complicaciones, y el Cuidado de la Salud de la Mujer Embarazada, todos ellos con el propósito de ofrecer a mayor número de profesionales de la enfermería en ejercicio asistencial programas de actualización que contribuyan a mejorar la atención a la salud en México.

Por todas estas contribuciones, así como el compromiso y desarrollo de este proyecto de profesionalización la Organización Mundial de la Salud a través de la Oficina Panamericana de la Salud invitó y nombró a la escuela como centro colaborador para el Desarrollo de la Salud a través de la Oficina Panamericana de la Salud invitó y nombró a la escuela como centro colaborador para el Desarrollo de la Enfermería Profesional, situación que implica, además de lo ya mencionado, la extensión de este proyecto a la Región de las Américas. Dicho nombramiento se formalizó en el mes de Noviembre de 1997 y con los siguientes objetivos:

1. Participar en la profesionalización de enfermería a través de un sistema semipresencial o de educación a distancia que permita ampliar las oportunidades del desarrollo del recurso humano de enfermería en el país y en la Región de las Américas.
2. Desarrollar y difundir sistemas de atención materno infantil y salud reproductiva que permitan la extensión de la cobertura en modelos viables de atención perinatal.
3. El desarrollo de modelos de atención ambulatoria y en el hogar dirigidos a personas y grupos con énfasis en la salud de la mujer, del anciano y de los niños.
4. Desarrollo de proyectos de investigación para evaluar el impacto de las innovaciones en cuanto a la relación enfermera-usuario y capacidad resolutoria del personal.

Es así como la ENEO refrenda una vez más su compromiso con la enfermería y con los procesos de profesionalización establecidos e invita a participar a las enfermeras del país en estas actividades, para incorporarse al movimiento de Desarrollo de la Enfermería Mexicana.

Para finalizar creemos necesario decir que este proyecto ha mostrado su efectividad en el número creciente de licenciados en enfermería registrados en la Dirección General de Profesiones. Así también en la regulación de las escuelas de enfermería universitarias y aquellas incorporadas a las universidades para que sólo impartan el nivel licenciatura en dichas instituciones.

Por otro lado, las instituciones de salud en México, en particular, la Secretaría de Salud reconoce la capacidad resolutive que un egresado de licenciatura tiene y su contribución a la salud comunitaria; por ello se han incorporado a las actividades de atención primaria, formulación de políticas de práctica educación y en los procesos de certificación de Hospitales que nuestro país inició el año pasado.

En dicho proceso uno de los indicadores de evaluación de la calidad hospitalaria es la calidad y cantidad de personal de enfermería, la normatividad existente, la colegiación y la educación continua. Por todo lo anterior, podemos decir que el proyecto de profesionalización que la ENEO-UNAM ha impulsado se consolida y adquiere prestigio nacional y reconocimiento internacional.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>.- DONAHUE, M Patricia, Historia de la Enfermería , traductores, Maria Picazo y carmen Hernandez Estados Unidos de America, Ediciones Doyma 1985, pag 80-96.

## 5.2 GENERALIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

### **VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)** **DATOS BIOGRAFICOS**

“Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- ✓ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- ✓ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✓ 1922 inicia su carrera como docente.
- ✓ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✓ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✓ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✓ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✓ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✓ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✓ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✓ 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- ✓ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✓ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ❖ Catholic University.
- ❖ Pace University.
- ❖ University of Rochester.
- ❖ University of Western Ontario.
- ❖ Yale University.
- ❖ Old Dominion University.
- ❖ Boston College.
- ❖ Thomas Jefferson University.
- ❖ Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- ✓ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- ✓ 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- ✓ 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.<sup>3</sup>

<sup>3</sup>.- FERNANDEZ, Ferrín Carmen, El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería  
Edit. Masson-Barcelona 2004, pag. 1-45.



### **5.2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA**

“La enfermería es esencialmente la asistencia a los individuos (enfermos o sanos por medio de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte tranquila) que ellos realizan sin ayuda cuando tienen la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; la enfermería también ayuda a que los individuos cumplan con el tratamiento prescrito y se independicen en esta asistencia lo más pronto posible.

La definición de enfermería de Henderson tiene como propósito medir la eficiencia de la enfermera al satisfacer las necesidades del paciente, por un lado y por otro busca lograr que el paciente con enfermedades graves alcance una muerte tranquila.

### **5.2.2 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich ,Caroline Stackpole, Jean Broadhurst,Dr Edward Thorndike,Dr George Deaver,Bertha Harmer, e Ida Orlando.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Virginia Henderson es considerada como una filosofía definatoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene

el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

\* Los elementos más importantes de su teoría son:

- 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 .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades , miedos u opiniones .
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- 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.

· Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- 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. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

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

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

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.<sup>4</sup>

4.- op. Cit: FERNANDEZ, Ferrín Carmen, El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería  
Edit. Masson-Barcelona 2004, pag. 50-58

## 5.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

### 5.3.1 CONCEPTO

“El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro de la cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tienen como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.<sup>5</sup>

5.- IYER W. Patricia, Barbara J Tapich y Donna Bernochi LOsey, Proceso de Enfermería, diagnóstico de enfermería, México, Interamericana- MacGraw-Hill 2ª Edición 1999, Vol 1, Pag. 79 y 165.

### **5.3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

“Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la Enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de Enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de Enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

En nuestro medio se habla mucho del Proceso Enfermero pero pocos lo dominan por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de Enfermería.

En Estados Unidos el Proceso Enfermero se ha incorporado en el marco conceptual de la clínica Mayo de planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería además de cumplir con las normas de la práctica de enfermería le proporciona al profesional otras ventajas como son:

- **Grado en una escuela acreditada:** es necesario aprenderlo y aplicarlo en la forma correcta en el ejercicio profesional. Este punto se refiere a la responsabilidad que tiene cada enfermero de aplicar el proceso para obtener mayor acreditación y cuando ejerza su profesión.
- **Confiabilidad:** con relación al cuidado del paciente permite saber cuáles son los problemas específicos, las metas, el cómo y cuándo pueden ser ejecutadas de la mejor manera posible.
- **Satisfacción en el trabajo:** los planes de cuidado adecuados incrementan en gran medida las oportunidades de una resolución exitosa de los problemas de salud generando en el profesional un sentimiento de orgullo y satisfacción personal y laboral.
- **Crecimiento profesional:** compartir el conocimiento y la experiencia con otros colegas permite un intercambio con aquellos que se encuentran en la fase de adquisición de experiencia mediante la retroalimentación de resultados y evaluación de los mismos.
- **Ayuda para la asignación de pacientes:** los planes de atención ayudan a la asignación de pacientes por parte de docentes, estudiantes y profesionales teniendo como base el grado de complejidad, aumentando así el nivel de experiencia.
- **Empleo en un hospital:** si el hospital está ejecutando el proceso es él quien evaluará el conocimiento acerca de éste y determinará o no la contratación.

#### **También proporciona ventajas para el paciente:**

- **Continuidad en la atención:** el enfermo no tiene que seguir repitiendo sus inquietudes a cada uno de los profesionales que lo asisten pues el plan de cuidado proporciona esta información.
- **Calidad de atención:** la entrevista de ingreso realizada por el enfermero permite la elaboración de un plan de atención que servirá como guía para otros enfermeros y estudiantes. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención de acuerdo con la situación de salud del individuo.

En los hospitales las enfermeras comparten el cuidado de un paciente las 24 horas. Cada enfermera proporciona un cuidado, pero es necesario tener un plan que permita coordinar el esfuerzo de todas, con más organización y continuidad en los cuidados.

Los nuevos profesionales son los encargados de promover, aplicar y evaluar los beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y así decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Teniendo en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es

necesario proporcionar nuevas estrategias para el cuidado de enfermería. Una de estas corresponde al manejo de caso. Este es un sistema en el cual el plan de cuidado de enfermería y el de cuidados médicos se combinan en un documento, proporcionando atención de calidad en términos de costo. Zander en 1988 denomina este planteamiento como La segunda generación de planes de enfermería

En este sistema médicos y enfermeras expertos colaboran para desarrollar un plan de manejo de caso. Este procedimiento se denomina Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR). Estos planes enumeran atenciones y objetivos para cada día de hospitalización. De este proceso pueden generarse diagnósticos generales de enfermería para la atención conjunta de aproximadamente el 75% de usuarios con un diagnóstico médico específico. El otro porcentaje se dirige hacia la individualidad del paciente sin dejar la identidad como enfermero y sin delegar la responsabilidad de la valoración del paciente. Puede entonces decirse que para varias situaciones problema existen diagnósticos de enfermería similares.

El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Op. cit' IYER W. Patricia, Barbara J Tapich y Donna Bernochi LOsey, Proceso de Enfermería, diagnostico de enfermería, México, Interamericana- MacGraw-Hill 2ª Edición 1999, Vol 1, Pag. 10-15.



### **5.3.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

“Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

##### **5.3.3.1 Valoración**

La primera fase es en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro, facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad.

##### **5.3.3.2 Diagnostico de Enfermería**

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

**Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características bien definidas Principales e identificables consta de tres partes, formato, PES; problema (P), etiología (E), signos y síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

**Alto riesgo:** Es un juicio clínico de que el individuo y su familia son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en su situación igual o similar. Consta de dos componentes: Problema (P) y etiología (E).

**Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de: problema (P) y etiología (E).

**De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresados de la persona o del grupo de educación para la salud.

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con, la cual se indica r/c.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y

las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con o relación a relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
2. Facilita la comunicación profesional
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tabla 1 muestra las diferencias entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico.  
Tabla 1. Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas. Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Un diagnóstico médico puede sugerir o generar uno o varios diagnósticos de enfermería. Por ejemplo, el diagnóstico médico úlcera péptica puede producir el diagnóstico de enfermería, dolor relacionado con úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) independientes (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) dependientes (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) interdependientes (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).

### 5.3.3.3 Planeación

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr los objetivos.

#### 1.-ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.<sup>10</sup>

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

## 2.- DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS (METAS ESPERADAS)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

### PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

### 5.3.3.4 Ejecución

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1. *Validación del plan de atención.* Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.
2. *Documentación del plan de atención.* Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

3. *Documentación del plan de atención.* Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

3. *Continuación con la recolección de datos.* A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.<sup>5</sup>

### 5.3.3.5 Evaluación

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido

resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención.<sup>7</sup>

<sup>7</sup>.- Ibidem. IYER W. Patricia, Barbara J Tapich y Donna Bernochi LOsey, Proceso de Enfermería, diagnostico de enfermería, México, Interamericana- MacGraw-Hill 2ª Edición 1999, Vol 1, Pag. 112-125.



## 6. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

<p>Nombre: Mariana R:M:          Edad: 36 años          Peso: 75 kg          Talla: 1.62 cm.          Escolaridad: Preparatoria</p>	<p><b>Antecedentes obstétricos</b></p> <p>FUM: 15 de junio 2007          FUPP: 11 de Julio de 2006  <b>PERIODO INTERGENESICO:</b>          3 años.  <b>NUMEROS DE HIJOS VIVOS:</b>          2  <b>G:2      P: 1</b>  <b>A: 0      C:1</b>          Menarca a los 13 años con ritmo de 28 x 7, ha tenido 2 compañeros sexuales no circuncidados, el método de planificación familiar utilizado: preservativo, Ultimo Papanicolau realizado hace un año el cual fue negativo a células neoplásicas.          Examen mamario y mamografía se lo realizo hace un año sin anomalías</p>	<p><b>Patológicos:</b></p> <p>Antecedentes de diabetes por parte de abuelo paterno, hipertensión arterial por parte de madre. Por parte del padre obesidad.          Alérgicos: ala penicilina.</p>	<p><b>No patológico</b></p> <p>Tiene habito de tabaquismo 1 cigarro al día alcoholismo negativo no refiere enfermedades anteriores solo resfriados ocasionales neumonía hace 3 años, menciona que cuenta con todo su esquema de vacunación en la infancia.          Tiene ocho años de casada de casada es el segundo matrimonio su esposo es contador y ella ama de casa actualmente viven en una casa propia con todo los servicios públicos y sanitarios.          En sus hábitos alimenticios menciona que consume carne 4 veces por semana, leche consume 2 vasos a l día 1 en desayuno y otro al acostarse, verduras 5 veces por semana, fruta diario, leguminosas 3 veces por semana, pan 2 piezas al día, tortilla 7 piezas al día, toma 3 vasos de agua al día.</p> <p>Hábitos higiénicos; cambio de ropa diario, baño diario, aseo bucal después de cada alimento.</p>
---	--	---	--

Inicia desde hace un año con dismenorrea y polimenorrea menstruales e intermenstruales abundantes y con coágulos acudió a consulta donde le indicaron estudios de laboratorio y gabinete pero no se los realiza, decide pasar un tiempo ya que notó memoria leve, hasta hace 2 meses que presento las mismas molestias acude a revisión le realizan ultrasonido obstétrico donde reporta miomatosis uterina en los estudios de laboratorio reportan hemoglobina de 10 mg/dl lo demás dentro de rangos normales, por lo que el 9 de julio a las 9:00 a.m. le realizan histerectomía.

A la 13:00 hrs. llega al 1er piso servicio de Ginecología y es instalada en el cuarto 121 conciente orientada, palidez de tegumentos y refiere dolor intenso en sitio de herida quirúrgica.

## 6.1 VALORACIÓN BASADA EN LAS 14 NECESIDADES BASICAS SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Mariana R.M. Edad: 37 años Peso: 75 kilos Talla: 1.62 cm.

Fecha de nacimiento: 5 noviembre de 1970 Sexo: femenino Ocupación: ama de casa

Escolaridad: Preparatoria Fecha de admisión: 9 julio 07 Hora: 9: 00 hrs.

Procedencia: México DF Religión: cristiana

### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

#### OBJETIVO:

Pulso: 72x minuto rítmico/ tensión arterial: 110/70 / temperatura: 36.6 °C

Ruidos respiratorios: regulares movimiento del tórax: sin dificultad / secreciones: hialinas/ tos : esporádicamente en el primer día de post operada/ estado de las fosas nasales: limpias/ aleteo nasal: negativo/ color de la piel y mucosas: palidez generalizada mucosas orales sonrosadas/ dolor asociado con la respiración: presente debido al dolor por la cirugía/ estado de conciencia: orientada en tiempo lugar y espacio/ existencia de agitación: en ningún momento/ calidad del medio ambiente: es un espacio limpio con sistema de ventilación tiene vista hacia el jardín y una fuente cuenta con sistema de calefacción y aire acondicionado.

#### SUBJETIVO:

Tabaquismo positivo conoce los riesgos y patologías relacionadas con el cigarro fuma desde la edad de 16 años fuma 4 cigarros a la semana y cuando esta nerviosa o angustiada aumenta.

Solamente se agita y acelera la respiración cuando corre y realiza ejercicio

Tiene conocimiento de la respiración correcta ya que en el gimnasio le han explicado

En la clase de yoga a la que asiste.

Antes de que le practicaran la histerectomía sufría hemorragias vaginales frecuentes, refiere que es muy sensible que tenga hemorragias nasales con la hipertermia o si se expone demasiado al sol.

Refiere alergia a la penicilina sufre de sinusitis desde hace 4 años hace 3 años presento neumonía por broncoaspiración.

### 2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

#### OBJETIVO:

Peso: 75 kilos / talla: 1.62cm/ diámetro del brazo: 30cm / uñas gruesas de aspecto normal cabello: cuidado largo bien implantado negro con brillo: funcionamiento neuromuscular tono muscular débil en en las primeras horas de post operada/ aspecto de los dientes: dentadura completa con amalgamas y gingivitis leve refiere sangrado después de cada cepillado capacidad para masticar y deglutir:

dificultad para deglutir pastillas/ funcionamiento del tracto digestivo/ refiere acidez estomacal periódicamente

Heridas tipo de cicatrización: herida en abdomen reciente sin datos de sangrado cesáreo hace 3 años la cual tardó en cicatrizarle 8 días.

#### SUBJETIVO:

Aumenta la ingesta de alimentos como pan y chocolate cuando esta triste o angustiada.

Cuenta con antecedentes familiares de madre con obesidad

El sentido que le da a la alimentación que es necesaria para sobrevivir y a veces como recompensa.

Come habitualmente con sus hijos ya que su esposo sale a trabajar desde temprano y llega muy noche.

Prefiere comer en casa y de vez en cuando compran comida rápida o van restaurantes

Los patrones familiares en la comida es un motivo para la reunión con sus hijos platicar de cómo les fue en el día y también ven televisión.

Comen tres veces al día desayuno a las 8:00 hrs comida 15:00 hrs merienda merienda 20: hrs.

Toma muy poco agua en el día 2 vasos de agua y con las comidas prefieren refresco.

En el hogar prepara alimentos variados y que están a su alcance además frutas y verduras de temporada.

Desconoce las necesidades de alimentación e hidratación de ella y sus hijos.

La paciente refiere que intento hacer una dieta hace 1 año y no la continuo debido a que se sintió débil y mareada en varias ocasiones lo cual cedió después de que continuo con su rutina de alimentación.

Refiere que tiene acidez estomacal constantemente sobre todo cuando come alimentos ácidos o picantes.

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

#### OBJETIVO:

Orina: se observa en la bolsa de recolección de orina color amarillo claro, olor sui géneris cantidad 100 cc/hora ph reportado en laboratorios 6.5.

Heces: Por el momento desde su ingreso no ha evacuado se encuentra con abdomen ligeramente distendido con peristalsis presente.

#### SUBJETIVO:

Evacuación: 1 vez al día 2 dependiendo de los alimentos que consuma, orina: aproximadamente 4 veces al día y depende de la cantidad de líquidos que consuma su menstruación es irregular y abundante.

Cuando viaja o los cambios de temperatura modifican sus hábitos de defecación y micción.

Las medidas no medicamentosas que conoce para ayudar a aliviar el estreñimiento son: toma té de linaza, cereal con fibra, consume frutas como papaya o naranja y consume abundantes líquidos.

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

##### **OBJETIVO:**

Estado del sistema músculoesquelético: en las primeras horas de post operada disminuida la capacidad de movilización después de 24 hrs de post operada la marcha es lenta con ayuda se encorva a la marcha posterior a la deambulacion se acelera el pulso/ dolor con el movimiento: si/ presencia de temblores: no /ritmo de movimientos: voluntarios / estado de conciencia: conciente/ estado emocional: tranquila.

##### **SUBJETIVO:**

Se encuentra por lo general parada debido a las múltiples ocupaciones que tiene en el hogar acude a clases de yoga, 2 veces por semana, hace 5 meses abandono la rutina que tenia de ejercicio. Cuando esta deprimida prefiere estar sentada viendo televisión o acostada.

#### **5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

##### **OBJETIVO:**

Nivel de ansiedad: inquieta/ lenguaje no verbal: se observa cansancio y bostezos constantes/ estado que presentan los ojos: enrojecimiento e hinchazón/ expresión:

Fatiga, dolor y apatía/ estado de conciencia: alerta/ respuesta a estímulos: verbales y dolorosos.

Condiciones del entorno que ayudan o impiden la satisfacción de esta necesidad: ruido, cuando siente dolor, siente incomoda la cama del hospital se siente angustiada por haber dejado a sus hijos solos en casa.

##### **SUBJETIVO:**

El patrón habitual de sueño que tiene son de 8 horas diarias duerme a las 22 y despierta a las 6:00 para realizar sus actividades del día en el día toma una siesta después de la comida lo cual le resulta suficiente para seguir con sus actividades tiene el sueño profundo.

Habitualmente duerme acompañada por su esposo.

De vez en cuando no puede dormir por la acidez que sufre por malos hábitos alimenticios.

El tiempo que necesita para conciliar el sueño por lo general es media hora.

Refiere que a veces toma tes para conciliar el sueño.

Normalmente cuando necesita descansar ve televisión o previamente toma un baño con agua tibia.

El sentido que le da para dormir es descanso y placer y conoce los efectos tanto positivos como negativos que tiene el descanso y sueño.

Tiempo que utiliza para el reposo y descanso: toma siesta de 1 hora práctica yoga.

## **6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS ADECUADAS**

### **OBJETIVO:**

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: le cuesta un poco de trabajo necesita ayuda/ viste de acuerdo a su edad: si pero en este momento tiene bata de hospital pero no le molesta porque sabe que es pasajero / vestido incompleto: si /sucio: no/ es adecuado durante la estancia en el hospital.

### **SUBJETIVO**

El significado que tiene la ropa en cuanto a su imagen le da autoestima y la hace ver bien hacia los demás.

Cree que el modo de vestir marca diferencias, personales sociales, espirituales y culturales.

Ella decide la forma en que quiere vestir de acuerdo a la situación, comodidad o temperatura ambiental.

El accesorio que tiene un significado especial para ella es usar un brasier adecuado ya que si no es así no esta cómoda en el día.

## **7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

### **OBJETIVO:**

Temperatura: 36.6°C / coloración de la piel: palidez generalizada / transpiración: no/ condiciones del entorno físico: buena ventilación, iluminación, clima fresco. En caso de requerirlo el cuarto cuenta con calefacción y aire acondicionado.

### **SUBJETIVO:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: le gustan todos los cambios de temperatura y se adapta adapta fácilmente, / ejercicio tipo y frecuencia: sale a caminar al parque cuando tiene tiempo y fines de semana/ temperatura ambiental que le es agradable: caluroso.

## **8- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

### **OBJETIVO:**

Aspecto general: despeinada, con restos de iodine en la piel sin accesorios ni maquillaje/ olor corporal: limpio / estado del cuero cabelludo: sin alteraciones limpio/ lesiones de tipo dermica: herida quirúrgica en abdomen sin datos de sangrado ni dehiscencia. En miembro superior derecho se observa hematoma por punción de venoclisis anterior.

### **SUBJETIVO:**

Frecuencia de baño: diario, el momento preferido para el baño es por las mañanas, se lava los dientes después de cada comida, el aseo de manos es antes de comer y después de ir al baño.

## **9.-NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS**

### **OBJETIVO:**

Condiciones del del ambienten en el hospital: buena iluminación y ventilación con todos los servicios

Seguridad las 24 hrs. del día, se encuentra con timbre para llamado a la enfermera, se encuentra con los cuatro barandales arriba.

### **SUBJETIVO:**

Que miembros componen su familia: Madre, hijo, hija, esposo

Ante situación de urgencia trata de calmarse y busca solución al problema que se le presente.

Las personas que le han ayudado a sobrellevar los problemas son: su mama y su esposo además ella acude a un templo cristiano donde todos la apoyan y se preocupan cuando hay problemas con ella o su familia.

La familia es muy unida y se organizan mientras ella se encuentra en el hospital

Conoce las medidas de prevención de accidentes debido a que en la escuela de sus hijos frecuentemente dan plática sobre este tema.

Las formas como canaliza las situaciones de tensión en su vida: practica yoga y toma un baño caliente posteriormente se duerme.

## **10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE**

### **OBJETIVO:**

Habla claro: si / estado de conciencia: alerta orientada / tiene buena audición: si / la visita su esposo y su mama en el hospital se observa buena comunicación/ en la comunicación no verbal tiende a hacer señas y ademanes/ las condiciones del entorno le dificultan la comunicación ya que en el hospital se inhibe de hablar de algunos temas con su familia.

### **SUBJETIVO:**

Después de la cirugía expreso preocupación por su estado de salud, se siente culpable por no acudir a tiempo al médico por decidía ahora que se esta recuperando ha decidido cuidar más su salud.

Con la persona que más habla para pedir consejos y se siente tranquila es con su mama.

Acude los domingos en familia en el templo cristiano donde convive con sus hermanos y hermanas.

Pasa la mañana sola ya que sus hijos van a la escuela y su esposo llega tarde y los sábados y domingos se encuentran juntos.

Siente necesario y adecuado manifestar sus problemas con sus amigos y familia ya que así se siente más tranquila.

Por lo general esta de buen humor, Tiene de mascota un perro pastor alemán el cual la hace sentirse acompañada.

### **11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

#### **OBJETIVO:**

Su forma de vestir es normal pero cuando va A las reuniones cristianas prefiere no llevar vestimenta ostentosa/ existe congruencia entre valores y creencias/ en su buró se observa una Biblia.

#### **SUBJETIVO:**

Creencias religiosas: practica la religión cristiana/ sus creencias le crean conflictos personales: no principales valores en la familia: amor, respeto y honestidad/ principales valores personales: autoestima y honestidad/ es congruente con su forma de pensar y vivir: si.

### **12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

#### **OBJETIVO:**

Relaciones armoniosas consigo y con las personas que la rodean: si se da tiempo para convivir con sus conocidos/ hay distribución equilibrada entre el tiempo dedicado a las actividades en su hogar de ocio y relajación / tiene conciencia de sus debilidades y fortalezas / tiene capacidad de decisión y de solución de problemas.

#### **SUBJETIVO**

El tipo de trabajo que realiza es en el hogar trata de terminar después que le da de comer a sus hijos. En la casa le tiene mucho respeto y agradecimiento por las actividades que realiza con su familia, con el sueldo que su esposo aporta al hogar es suficiente para cubrir las necesidades básicas de alimentación, educación, vestido y recreación. Esta satisfecha con el rol que juega ya que esta todo el tiempo con su familia.

### **13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

#### **OBJETIVO:**

Integridad del sistema neuromuscular: completa sin alteraciones/ rechaza las actividades recreativas estado de ánimo: es participativa.

#### **SUBJETIVO:**

Las actividades recreativas que realiza en su tiempo libre es caminar y yoga. En si existen recursos para la recreación.

Participa en actividades recreativas con sus hijos.

#### **14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

##### **OBJETIVO:**

Estado del sistema nervioso: sin alteraciones / órganos de los sentidos: sin alteraciones/ estado emocional: preocupación por sus hijos, dolor en herida quirúrgica/ memoria a corto y largo plazo/ muestra interés en lo que se le explica de acuerdo a las dudas que le surgen.

##### **SUBJETIVO:**

Nivel de educación: preparatoria

Problemas de aprendizaje: no

Limitaciones cognoscitivas: no

Le gusta leer

Tiene interés en conocer los problemas de salud que le pueden afectar tanto a ella como a su familia e intentar prevenir estos.

Pregunta cambios relacionados con la menopausia, miomatosis uterina, histerectomía y cuidados en su hogar al egreso hospitalario.<sup>8</sup>



## 6.2 PROBLEMAS DETECTADOS

<b>NECESIDAD</b>	<b>PROBLEMAS DETECTADOS</b>	<b>AREA DE DEPENDENCIA</b>
<b>OXIGENACIÓN</b>	sin problema	
<b>COMER Y BEBER</b>	sin problema	
<b>ELIMINAR</b>	Necesita ayuda parcial debido a drenajes	<b>PD</b>
<b>MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS</b>	Se limita a la movilización por el dolor	<b>I</b>
<b>DORMIR Y DESCANSAR</b>	Tiene dificultad para dormir	<b>I</b>
<b>VESTIRSE/DESVESTIRSE</b>	necesita ayuda parcial	<b>PD</b>
<b>MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</b>		
<b>MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL</b>	Necesita ayuda parcial Herida quirúrgica abdominal Venoclisis Sonda foley Sonda nasogastrica	<b>PD</b>
<b>EVITAR PELIGROS</b>	Ansiedad Dolor agudo Dificultad para la movilidad	<b>PD</b>
<b>COMUNICAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES Y OPINIONES.</b>	Se encuentra angustiada que deo solos a sus hijos en casa y lo expresa con llanto	<b>PD</b>
<b>CREENCIAS Y VALORES</b>	sin problema	
<b>TRABAJAR Y REALIZARSE</b>	Autopersepción negativa Influencia del estado de salud con sus ocupaciones familiares y sociales	<b>PD</b>
<b>PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	Por el momento se encuentra limitada por la cirugía que se le practico.	<b>PD</b>
<b>APRENDER</b>	Desconoce los cuidados respecto a su estado de salud que deberá tener al egresar a su domicilio.	<b>D</b>

**D=** DEPENDIENTE

**PD=** PARCIALMENTE DEPENDIENTE

**I=** INDEPENDIENTE

### **6.3 CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA**

**“Dolor agudo relacionado con procedimiento quirúrgico y lesión de nervios tanto abdominales como uterinos manifestados por pulso acelerado, presión arterial alta, respiración agitada y fascies de angustia.**

**Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental de la herida quirúrgica, sonda foley y catéter periférico.**

**Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor a la movilidad mínima**

**Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal postoperatoria y falta de movilización**

**Déficit de autocuidado (baño e higiene) relacionado con debilidad física y dolor manifestado por apatía y cansancio.**

**Fatiga relacionado con sueño inadecuado manifestado por cansancio bostezos y mal humor.**

**Temor relacionado con amenaza de riesgo en el estado de salud manifestado por aumento de la transpiración e inquietud.**

**Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimientos de los cuidados domiciliarios manifestado por inquietud y preguntas constantes.”<sup>9</sup>**

9.- NANDA (North American Nursing Diagnostics Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

## 6.4 RELACIÓN NANDA-NOC-NIC

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p style="text-align: center;"><b>00132</b></p> <p>“DOLOR AGUDO RELACIONADO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y LESIÓN DE NERVIOS TANTO ABDOMINALES COMO UTERINOS MANIFESTADOS POR PULSO ACELERADO, PRESIÓN ARTERIAL ALTA, RESPIRACIÓN AGITADA Y FASCIES DE ANGUSTIA.</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN (NOC)</p> <p>1)</p> <p>1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado. ●</p> <p>2)</p> <p>1.- Extenso 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Escaso 5.- Ninguno ●</p>	<p style="text-align: center;"><b>1605</b></p> <p style="text-align: center;">CONTROL DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconoce el comienzo del dolor</li> <li>-Reconoce factores causales</li> <li>-Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</li> <li>-Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario.</li> <li>-utiliza los recursos disponibles.</li> <li>-Reconoce síntomas asociados del dolor.</li> <li>-Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>1400</b></p> <p style="text-align: center;">MANEJO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes</li> <li>-Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente</li> <li>-Asegúrese que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</li> <li>-Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para conocer la experiencia del dolor y mostrar aceptación de la respuesta del paciente al dolor</li> <li>-Explorar conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor.</li> <li>-Considerara las influencias culturales sobre la respuesta al dolor</li> <li>-determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida</li> <li>-Explorar con el paciente las situaciones que empeoran o alivian el dolor</li> <li>-Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas para el control del dolor.</li> <li>-Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad de paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.</li> <li>-Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara y la incomodidad que se espera debido a los procedimientos</li> <li>-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias</li> <li>-Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor</li> </ul>

		<p>-Enseñar los principios del control del dolor</p> <p>-Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.</p> <p>-Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.</p> <p>-Enseñar métodos farmacológicos que alivian el dolor.</p> <p style="text-align: center;"><b>2210</b></p> <p style="text-align: center;">ADMINISTRACIÓN DE ANALGESICOS</p> <p>-Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad de dolor antes de medicar al paciente</p> <p>-Comprobar las órdenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito</p> <p>-Comprobar el historial de alergia a medicamentos</p> <p>-Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, si procede.</p> <p>-Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.</p> <p>-Determinar la selección de analgésicos según el tipo y severidad del dolor.</p> <p>-Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto optimo.</p> <p>-Elegir la vía de administración i.v en vez de i.m , para inyecciones frecuentes de medicación para el dolor.</p> <p>-Descartar los narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo al protocolo de la institución</p> <p>-Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta de la analgesia</p> <p>-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en el dolor severo.</p> <p>-Informar a la persona que puede presentarse somnolencia después de los primeros 2 a 3 días de la administración de analgesia administrada pero luego remite.</p> <p>-Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso</p>
--	--	--

		<p>-Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (por ejemplo: estreñimiento e irritación gástrica.</p> <p style="text-align: center;"><b>2304</b></p> <p style="text-align: center;">ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL</p> <p>-Seguir los 5 principios de la administración de medicación -Tomar notas del historial médico y del historial de alergias del paciente</p> <p>-Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente -Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación oral ( p Ej.; dificultades para tragar, anuceas, vomito, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente y disminución del nivel de conciencia) -Comprobar las interacciones y las posibles contraindicaciones de los fármacos -Observar la fecha de caducidad en el envase dl fármaco -Informar al paciente de las acciones y los posibles efectos adversos esperados del medicamento. -Ayudar al paciente a la ingestión de los medicamentos</p> <p style="text-align: center;"><b>4200</b></p> <p style="text-align: center;">TERAPIA INTRAVENOSA</p> <p>-Verificar la orden de la terapia intravenosa. -Instruir al paciente acerca del procedimiento. -Realizar una técnica aséptica estricta. -Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase. -Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV, si está indicado. -Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.</p>
--	--	--

**EVALUACIÓN: Después de una hora que se le dio el analgésico a la señora Mariana disminuyo el dolor considerablemente y posteriormente durmió por un periodo de dos horas.**

<p style="text-align: center;"><b>00004</b></p> <p>RIESGO DE INFECCIÓN R/C DESTRUCCIÓN TISULAR Y AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL DE LA HERIDA QUIRURGICA, CATERES Y SONDAS</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN (NOC)</p> <p style="text-align: center;">1)</p> <p>1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado ● 5.- Siempre demostrado.</p> <p style="text-align: center;">2)</p> <p>1.- Extenso 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Escaso 5.- Ninguno ●</p>	<p style="text-align: center;"><b>1902</b></p> <p>CONTROL DEL RIESGO. -Reconoce factores de riesgo - Supervisa factores de riesgo medioambientales. -Evita exponerse a las amenazas para la salud -Reconoce cambios en el estado de salud. -Supervisa cambios en el estado d salud.</p> <p style="text-align: center;"><b>1103</b></p> <p>CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN. -Aproximación cutánea -Aproximación de los bordes de la herida -Disminución del tamaño de la herida -Secreción purulenta -Secreción serosa -Secreción sanguinolenta -Secreción serosanguinolenta -Inflamación de la herida -Necrosis -Costra -Olor de la herida.</p>	<p style="text-align: center;"><b>3360</b></p> <p>CUIDADOS DE LAS HERIDAS -Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida. -Afeitarse el vello que rodea la zona afectada, si es necesario. -Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. -Anotar las características de cualquier drenaje producido. -Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión, si procede. -Administrar cuidados en la zona de la vía venosa central, -Administrar cuidados en la zona IV, si procede. -Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje. -Proporcionar cuidados en el sitio de incisión, si es necesario. -Vendar de forma adecuada. -Vendar con gasas de malla apropiada, si es necesario. -Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. -Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. -Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. -Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.</p> <p style="text-align: center;"><b>3340</b></p> <p>CUIDADOS DEL SITIO DE INSICIÓN -Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. -Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. -Tomar nota de las características de cualquier drenaje que se produzca. -Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. -Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. -Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. -Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. Utilizar hisopos de algodón estériles</p>
---	--	---

		<p>para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Limpiar la zona que rodea cualquier sitio de drenaje o el tubo de drenaje al final.</li> <li>-Mantener la posición cualquier tubo de drenaje.</li> <li>-Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede.</li> <li>-Aplicar bandas o tiras de cierre.</li> <li>-Aplicar antiséptico, según prescripción.</li> <li>-Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.</li> <li>-Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.</li> <li>-Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.</li> <li>-Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente.</li> <li>-Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</li> <li>-Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.</li> <li>-Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>6550</b> PROTECCION CONTRA INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>-Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.</li> <li>-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>- Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.</li> <li>- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.</li> <li>- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</li> <li>- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</li> <li>- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.</li> <li>- Fomentar una ingesta de líquidos, si procede.</li> <li>-Facilitar el descanso.</li> <li>- Observar si hay cambios en el nivel</li> </ul>
--	--	--

		<p>de vitalidad/malestar. Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la respiración y la tos profunda</li> <li>- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.</li> <li>-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> <li>- Retirar las flores y plantas de la habitación del paciente</li> </ul>
--	--	---

**EVALUACIÓN: No se observaron datos de infección en herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, En lo que se refiere a venoclisis y sonda foley se retiraron al segundo día de postoperada no se observaron datos de infección y la paciente no presento molestias se mantuvo eutermica.**

<p><b>00085</b></p> <p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON DOLOR A LA MOVILIDAD MÍNIMA</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN (NOC)</p> <p>1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Ninguno</li> <li>2.- Escaso</li> <li>3.- Moderado ●</li> <li>4.- Sustancial</li> <li>5.- Extenso</li> </ol> <p>2)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Gravemente comprometido</li> <li>2.- Sustancialmente comprometido</li> <li>3.- Moderadamente comprometido ●</li> <li>4.- Levemente comprometido</li> <li>5.- No comprometido</li> </ol>	<p><b>1809</b></p> <p>SEGURIDAD PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descripción de las medidas para prevención de caídas</li> <li>-Descripción de las medidas para producir lesiones accidentales.</li> <li>-Descripción de los riesgos de seguridad específicos para la edad.</li> </ul> <p><b>0208</b></p> <p>MOVILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Movimiento muscular</li> <li>-Movimiento articular</li> <li>-Mantenimiento de posición corporal</li> <li>-Realización del traslado</li> <li>-Se mueve con facilidad</li> </ul>	<p><b>6490</b></p> <p>PREVENCIÓN DE CAIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado</li> <li>-Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas</li> <li>-Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado</li> <li>-Colocar los objetos al alcance del paciente</li> <li>-Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse</li> <li>-Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo.</li> <li>-Colocar la cama mecánica en la posición más baja posible</li> <li>-Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada)</li> <li>-responder a la luz de llamada inmediatamente</li> </ul> <p><b>6654</b></p> <p>VIGILANCIA: SEGURIDAD</p> <p>Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.</p> <p>Vigilar el ambiente si hay peligro potencial para su seguridad.</p> <p>Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función</p>
---	---	--



		<p>del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.</li> <li>-Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados.</li> <li>-Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>00085</b></p> <p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON DOLOR A LA MOVILIDAD MÍNIMA</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN. (NOC)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Gravemente comprometido</li> <li>2.- Sustancialmente comprometido</li> <li>3.- Moderadamente comprometido</li> <li>4.- Levemente comprometido ●</li> <li>5.- No comprometido.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>0200</b></p> <p>AMBULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Soporta el peso</li> <li>-Camina con marcha eficaz</li> <li>-Camina a paso lento</li> <li>-Camina a paso moderado</li> <li>-Camina distancias cortas.</li> <li>-Anda por la habitación.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>0221</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vestir al paciente con prendas cómodas.</li> <li>-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.</li> <li>-Colocar una cama de baja altura, si resulta oportunos.</li> <li>-Colocar el interruptor de posici3n de la cama al alcance del paciente.</li> <li>-Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia.</li> <li>-Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</li> <li>-Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n, si es preciso.</li> <li>-Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.</li> <li>-Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado.</li> <li>- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.</li> <li>-Colocar tarjetas con instrucciones para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.</li> <li>-Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.)</li> <li>- Utilizar cintur3n para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la</li> </ul>

		<p>deambulaci3n, si resulta apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.</li> <li>-Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.</li> <li>-Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</li> <li>-Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un n3mero concreto de personal.</li> <li>-Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realista con la deambulaci3n.</li> <li>-Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de la seguridad.</li> <li>-Animar al paciente a que est3 "levantado por su propia voluntad", si procede.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>0222</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.</li> <li>-Colaborar con los terapeutas en los apartados f3sicos, de reeducaci3n y de recreaci3n, y realizar un programa de ejercicios, si procede.</li> <li>-Consultar la terapia f3sica en raz3n del tipo, n3mero y secuencia de los patrones de movimientos necesarios para potenciar el equilibrio.</li> <li>-Facilitar un ambiente seguro para la pr3ctica de los ejercicios.</li> <li>-Adaptar el ambiente para facilitar la concentraci3n.</li> <li>-Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.</li> <li>-Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, mensurables.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzar o proporcionar instrucci3n sobre la posici3n y la realizaci3n de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.</li> <li>-Ayudar al paciente a participar en los ejercicios de extensi3n en posici3n de dec3bito supino,</li> </ul>
--	--	---

		<p>sedestación o bipedestación.</p> <p>-Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla y balancear el tronco apoyándose en los brazos.</p>
<p><b>EVALUACIÓN: La señora Mariana se muestra muy cooperadora y se moviliza al reposet 12 hrs. después de la cirugía y más tarde deambula con ayuda durante poco tiempo el segundo día deambula más tiempo en compañía de familiar.</b></p>		
<p><b>00015</b></p> <p>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON DISMINUCIÓN DE LA MOTILIDAD INTESTINAL POSTOPERATORIA Y FALTA DE MOVILIZACIÓN</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN (NOC)</p> <p>1.- Grave 2.- Sustancial 3.-Moderado 4.- Leve 5.-Ninguno ☺</p>	<p><b>0204</b></p> <p>COSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD.</p> <p>-Estreñimiento -Impactación fecal.</p>	<p><b>0450</b></p> <p>MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO</p> <p>-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento -Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. -Vigilar la existencia de peristaltismo. -Consultar al medico acerca de aumento/disminución del peristaltismo -Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden causar el estreñimiento o contribuyen al mismo -Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos -Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios sobre la medicación que se le está dando -Instruir al paciente y familia sobre la ingesta de dieta rica en fibra -Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes -Pesar al paciente gradualmente -Enseñar al paciente y/o familia los procesos digestivos normales.</p>
<p><b>EVALUACIÓN: La señora Mariana presento evacuación pastosa amarilla moderada en el 3er día de post operada</b></p>		
<p><b>00108</b></p> <p>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (BAÑO E HIGIENE) RELACIONADO CON DEBILIDAD FÍSICA Y DOLOR MANIFESTADO POR APATÍA Y CANSANCIO.</p>	<p><b>0301</b></p> <p>AUTOCUIDADOS: BAÑO</p> <p>-Regula la temperatura del agua - Regula el flujo del agua. -.Se lava en el lavabo. -Se baña en la ducha. -Se lava la cara. -Se lava la parte superior del cuerpo</p>	<p><b>1804</b></p> <p>AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO.</p> <p>-Quitarlo esencial para permitir la eliminación -Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. -Disponer de intimidad durante la</p>

<p>ESCALA DE MEDICIÓN.(NOC)</p> <p>1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido</p> <p>3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido.</p>	<p>-Se lava la parte inferior del cuerpo. -Se lava la zona perianal. -Seca el cuerpo.</p> <p><b>0305</b></p> <p>HIGIENE</p> <p>-Se lava las manos -Se limpia la zona perineal -Mantiene higiene bucal -Se lava el pelo -Se peina o cepilla el pelo -Usa el espejo -Mantiene una apariencia pulcra.</p>	<p>eliminación</p> <p>-Instaurar un programa de aseo - Enseñar al paciente/otras personas significativas la rutina de aseo</p> <p><b>1610</b></p> <p>BAÑO/HIGIENE</p> <p>-Colocar toallas, jabón, desodorante, y demás accesorios necesarios pie de cama/ en el baño -Proporcionar los objetos personales deseados -Facilitar que el paciente se cepille los dientes -facilitar que el paciente se bañe por si mismo -Comprobar la limpieza de uñas -Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autos cuidados. baño</p> <p>-Lavar el cabello si es necesario -Realizar el baño a temperatura agradable -Aplicar crema hidratante en zona de piel reseca -Ofrecer lavado de manos después de ir al baño y antes de las comidas. -Aplicar talco en los pliegues profundos de la piel -Inspeccionar el estado de la piel durante el baño -Controlar la capacidad funcional durante el baño.</p> <p>VESTIR/ARREGLO PERSONAL</p> <p>-Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar -Estar disponible para ayudar en el vestir -Facilitar el peinado del cabello del paciente. -Mantener la intimidad mientras el paciente se viste -Ofrecerse a colgar la ropa o colocarla en el armario -Proporcionar maquillaje si se solicita</p> <p>-Reforzar los esfuerzos por vestirse por si mismo</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Se le brindo ayuda para bañarse al siguiente día del postoperatorio y después que se le retiro la venoclisis y la sonda foley tuvo más habilidad y confianza para bañarse sola posteriormente trato de ser más independiente en cuanto a su aseo personal.</p>		

<p><b>00039</b></p> <p>FATIGA RELACIONADO CON SUEÑO INADECUADO MANIFESTADO POR CANSANCIO BOSTEZOS Y MAL HUMOR.</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN. (NOC)</p> <p>1.- Gravemente comprometido  2.- Sustancialmente comprometido  3.- Moderadamente comprometido  4.- Levemente comprometido ●  5.- No comprometido.</p>	<p><b>0003</b></p> <p>DESCANSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiempo del descanso</li> <li>-Patrón del descanso</li> <li>-Calidad del descanso</li> <li>-Descanso físicamente</li> <li>-Descanso mentalmente</li> <li>-Descanso emocionalmente</li> <li>-Consumo de fármacos psicotrópicos.</li> </ul>	<p><b>1850</b></p> <p>MEJORAR EL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente</li> <li>-Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados</li> <li>-Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.</li> <li>-Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</li> <li>-Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño</li> <li>-Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso</li> <li>-Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño</li> <li>-aliviar las situaciones estresantes antes de ir a la cama</li> <li>-Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia</li> <li>-Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores.</li> <li>-Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.</li> </ul> <p><b>0180</b></p> <p>MANEJO DE LA ENERGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar las limitaciones físicas del paciente</li> <li>-Determinar la cusa de fatiga por parte del paciente</li> <li>-Determinar que y cuanta cantidad se necesita para reconstruir la resistencia física</li> <li>-Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados</li> <li>-Establecer limites de hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente</li> <li>-Limitar estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación</li> <li>-Ayudar al paciente a programar horas de descanso</li> </ul>
--	---	---

		<p>-Facilitar la alternancia de periodos de reposo/actividad -Controlar la administración y efectos de los sedantes.</p> <p><b>5360</b></p> <p>TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO</p> <p>-Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. -Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas. -Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas -Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. -Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. -Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido. -Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. - Disponer actividades que tengan por objeto disminuir la ansiedad. (cartas, puzzles). -Ayudar en la obtención de transporte para las actividades recreativas. -Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades. -Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.</p>
<p><b>EVALUACIÓN: Después de que disminuyo el dolor duerme tranquila los siguientes días posteriores a la cirugía pudo conciliar el sueño sin problema.</b></p>		
<p><b>00148</b> TEMOR RELACIONADO CON AMENAZA DE RIESGO EN EL ESTADO DE SALUD MANIFESTADO POR AUMENTO DE LA TRANSPIRACIÓN E INQUIETUD.</p>	<p><b>1402</b> AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD -monitoriza la intensidad de la ansiedad</p> <p>-utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. -Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.</p>	<p><b>5270</b> APOYO EMOCIONAL</p> <p>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>-Explorar con el paciente qué ha desencadenado sus emociones. -Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. -Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira</p>

<p>ESCALA DE MEDICIÓN (NOC)</p> <p>1)  1.- Nunca demostrado  2.- Raramente demostrado  3.- A veces demostrado  4.-frecuentemente demostrado ●  5.- Siempre demostrado.</p> <p>2)  1.- Ninguno  2.- Escaso  3.- Moderado ●  4.- Sustancial  5.- Extenso</p>	<p>-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.  -Controla la respuesta de ansiedad.  CONOCIMIENTO:  PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO.  -Descripción del procedimiento terapéutico.  -Explicación del propósito del procedimiento.  -Descripción de las restricciones relacionadas con el procedimiento.</p>	<p>o tristeza.  -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias  -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional</p> <p style="text-align: center;"><b>5820</b></p> <p>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.  -Establecer claramente las expectativas s del comportamiento del paciente  -Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento.  -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.  -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.  -Escuchar con atención  -Crear una ambiente que facilite la confianza.  -Identificar cambios en el nivel de ansiedad.  -Determinar la capacidad de toma de decisiones en el paciente  -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.  -Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.</p> <p style="text-align: center;"><b>5610</b></p> <p>ENSEÑANZA POSQUIRURGICA  -Informar al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora y lugar programado para la cirugía.  -Informar al paciente/ser querido la duración esperada de la operación.  -Evaluar la ansiedad del paciente /ser querido relacionada con la cirugía.  -Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.  -Describir las rutinas preoperatorios (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia i.v, vestimenta zona de espera, para la familia y traslado a quirófano).  -Describir toda la medicación preoperatorio, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su</p>
--	--	--

		<p>utilización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar información de lo que acerca de lo que se oirá, verá o gustará o sentirá durante el suceso.</li> <li>-Discutir las posibles medidas de control del dolor.</li> <li>-Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.</li> </ul>
<p><b>EVALUACIÓN: La señora Mariana se encuentra más tranquila debido ya que pudo hablar con su familia y el saber que todo están bien respecto a la cirugía la tranquilizo, se mostró muy cooperadora.</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>00126</b></p> <p>MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS MANIFESTADO POR INQUIETUD Y PREGUNTAS CONSTANTES.</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN(NOC)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Ninguno ☹</li> <li>2.- Escaso</li> <li>3.- Moderado</li> <li>4.- Sustancial</li> <li>5.- Extenso</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>1813</b></p> <p>CONOCIMIENTO DEL REGIMEN TERAPEUTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descripción de la dieta prescrita</li> <li>-Descripción de la medicación prescrita</li> <li>-Descripción de la actividad prescrita</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>5240</b></p> <p>ASESORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>-Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.</li> <li>-Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.</li> <li>-Establecer metas</li> <li>-Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.</li> <li>-Proporcionar información objetiva.</li> <li>-Favorecer la expresión de sentimientos.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</li> <li>-Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</li> <li>-Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que puede/no puede hacer sobre los que le sucede.</li> <li>-Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.</li> <li>-Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.</li> <li>-Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>5520</b></p> <p>FACILITAR LA ENSEÑANZA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer metas realistas, objetivas con el paciente.</li> <li>-Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.</li> <li>-Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.</li> <li>-Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.</li> <li>-Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.</li> <li>-Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje.</li> <li>-Establecer la información en una secuencia lógica.</li> <li>-Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.</li> <li>-Diferenciar el contenido "crítico" del contenido "deseable".</li> <li>Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.</li> <li>-Relacionar la información con los deseos/necesidades personales del paciente.</li> <li>-Proporcionar información que sea acorde con la posición de control del paciente.</li> <li>-Asegurarse que el material de enseñanza es actual y está al día.</li> <li>-Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.</li> <li>-Utilizar modalidades de enseñanza múltiples, si procede.</li> <li>-Utilizar un lenguaje familiar.</li> <li>-Definir la terminología que no sea familiar.</li> <li>-Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.</li> <li>-Presentar la información de manera estimulante.</li> <li>-Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.</li> </ul> <p><b>5540</b>  <b>POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponer de un ambiente no amenazador.</li> <li>Establecer compenetración en las relaciones.</li> <li>-Establecer la credibilidad del</li> </ul>
--	--	---

		<p>profesor, si es el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la (oxigenación cerebral ajustes de posición y medicación), si procede.</li> <li>-Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).</li> <li>-Disminuir el nivel de fatiga del paciente, si procede.</li> </ul> <p><b>5506</b> ENSEÑANZA INDIVIDUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer compenetración.</li> <li>-Establecer la credibilidad del educador.</li> <li>-Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.</li> <li>-Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.</li> <li>-Valorar el nivel educativo del paciente.</li> </ul> <p><b>5612</b> ENSEÑANZA DE ACTIVIDAD PRESCRITA: EJERCICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.</li> <li>-Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito.</li> <li>-Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.</li> <li>-Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</li> <li>-Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio.</li> <li>-Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.</li> </ul> <p><b>5614</b> ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.</li> <li>-Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ser queridos acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.</li> <li>-Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.</li> <li>-Explicar el propósito de la dieta.</li> <li>Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta.</li> <li>-Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.</li> <li>-Instruir al paciente sobre las comidas</li> </ul>
--	--	---

		<p>permitidas y prohibidas.          Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.</li> <li>-Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.</li> <li>-Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.</li> <li>-Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.</li> <li>-Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.</li> </ul> <p>Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recomendar un libro de cocina que incluya recetas coherentes con la dieta, si procede.</li> </ul> <p><b>5616</b>  <b>ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del (de los) medicamento(s).</li> <li>-Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> <li>-Instruir al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> <li>-Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.</li> <li>-Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.</li> <li>-Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.</li> <li>-Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación ( comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.</li> <li>-Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</li> <li>-Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, si procede.</li> <li>-Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o</li> </ul>
--	--	--

		<p>suspender bruscamente la medicación.</p> <p>-Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (.no conducir o utilizar herramientas eléctricas), si procede.</p> <p>-Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.</p> <p>-Enseñar al paciente a aliviar/prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.</p> <p>5616.14</p> <p>-Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.</p> <p>5616.15</p> <p>-Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis. Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede.</p> <p>-Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.</p> <p>-Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.</p> <p>-Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.</p> <p>-Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos.<sup>10</sup></p>
--	--	--

**EVALUACIÓN:** Se le explicaron las indicaciones de alta tanto a ella como a su esposo las cuales la entendió sin problema se resolvieron las dudas que le surgieron antes de irse al domicilio.

10.- 1. CARPENITO, Lynda Juall, Diagnosticos de enfermería, Aplicación a la practica clinica, Traducción: Mercedes de la fuente y Julia Manglano, España. Interamericana Mc Graw-Hill, 3ra Edición 2000, pag. 1-22 y 48-83.

2. JOANNE C.Mxcloskey, Gloria M.B Bulechek, Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Intervención Clasificación (NIC) 8ª Edición Editorial Mosby 2005.

3. MARION JONSON, Merodean Mass Sue Moorheat, Nurcing outcomes classification (NOC). Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 3ª edición, Editorial Mosby 2005.

4. Op. Cit: NANDA (North American Nursing Diagnostics Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

## 7. CONCLUSIONES

Se concluye que los antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería muestran la preocupación por buscar un marco conceptual propio como profesión, tratando de disminuir así la dependencia histórica con las otras ciencias de la salud; que la repercusión ético-social de los diagnósticos de enfermería está dada porque permite individualizar el cuidado y cumplir con los principios de la autonomía, la beneficencia y no maleficencia y que, además, el desarrollo de la profesión con una visión ética, holística y humanística dependen en gran medida de que los cuidados se brinden a partir de los diagnósticos de enfermería.

Aún los pasos que se han dado hacia el desarrollo de una taxonomía han sido insuficientes, aunque constituyen un gran avance para el trabajo del personal de enfermería. El logro de mayores resultados en el desarrollo de una taxonomía está unido a la madurez profesional y científica que se alcance en esta profesión.

El uso del diagnóstico de enfermería me permite a mí como enfermera ir más allá del modelo médico e identificar aquellos problemas que puedan o no estar relacionados con el diagnóstico médico. De esta manera, podré asumir más completamente su rol como administradoras del cuidado de la salud.

El presente trabajo me permitió presentar la actividad de enfermería en forma práctica. La práctica de enfermería es fundamental en el equipo de salud y que se caracteriza por llevar a cabo: La observación, cuidado y ayuda al paciente, para ello son necesarios criterios y habilidades basadas en el conocimiento una herramienta muy útil es el proceso de atención enfermería.

Enfermería es una profesión que está fortaleciendo su contenido humanista sobre la base de una premisa fundamental, estudiar la interacción de los seres humanos con su medio ambiente, en su lucha holística por alcanzar el equilibrio y una sensación de bienestar que lo posibilite aplicar su capacidad productiva y las potencialidades intelectuales y morales como ser social; en este sentido, debemos reconocer que Enfermería Profesionales un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación o restablecimiento de la salud en los seres humanos, método de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre enfermera-paciente, lo que incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y con los miembros del equipo de salud.

Enfermería tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y experiencia en beneficio de la sociedad.

El desarrollo del proceso atención de enfermería me sirvió para ampliar mis conocimientos y para llevarlo adecuadamente en la práctica clínica, esto me permitió mejorar mi práctica profesional, ser más participativa en el área laboral en lo que respecta a las funciones y el cuidado de enfermería y no solo llevar a cabo indicaciones médicas, si no de cambiar mi actitud para proponer nuevas ideas y crear un sentimiento de colaboración en donde debe imperar un espíritu de entusiasmo y confianza con el ejercicio de enfermería.

## 8. EVALUACIÓN

El objetivo general se cumplió en un 90 % ya que al trabajar con el proceso Atención de Enfermería me da un panorama más amplio como profesional y estoy segura que los conocimientos adquiridos me serán útiles a lo largo de mi vida profesional para dar una atención de calidad a mis pacientes pero estoy conciente que lo tengo que reforzar aún más.

En cuanto a los objetivos específicos:

El primero se cumplió al 70% ya que lo aplique en mi paciente con cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería pero me falta adquirir la habilidad.

El segundo se cumplió al 100% debido a que se valoraron las 14 necesidades de la paciente que seleccione y me di cuenta que la enfermera tiene un papel muy importante en el cuidado del paciente.

El tercero se cumplió al 50% ya que el manejar los diagnósticos de Enfermería en lo personal es algo un poco complicado pero es de gran utilidad en el ejercicio de nuestra profesión.

El cuarto: se cumplió el 60% ya que es un poco complicado entenderle pero si se manejara en nuestra área laboral seria de gran utilidad para unificar el lenguaje enfermero y favorecer el desarrollo del conocimiento.

El quinto objetivo se cumplió al 100% ya que se satisficieron las necesidades de la paciente y no presento complicaciones durante su estancia hospitalaria

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- BENAVENT, Garcés Amparo, Esperanza Ferrer Ferrandis, Cristina Francisco del rey, Fundamento de enfermería Difusión avances de enfermería, 2001, Pág. 5 – 27
- 2.- CARPENITO, Lynda Juall, Diagnosticos de enfermería, Aplicación a la practica clinica, Traducción: Mercedes de la fuente y Julia Manglano, España. Interamericana Mc Graw-Hill, 3ra Edición 2000, pag. 1-22 y 48-83.
- 3.- DECHERNY H. Alan, lauren Nathan, Diagnostico y tratamiento ginecologico, Traducción: Martha Elena Araíza Martínez, México, Manual Moderno, 8ª edición, 2003, pag 37- 47
- 4.- DONAHUE, M Patricia, Historia de la Enfermería , traductores, Maria Picazo y carmen HernandezEstados Unidos de America, Ediciones Doyma 1985, pag 80-96.
- 5.- DORIS, Smith Suddarth, Enfermería Practica de Lippicott, traducción: Claudia Patricia Cervera Pineda, Blanca Rosa padilla Mass, Jose Perez Gomez y Bernardo Rivera Muñoz, España, Interamericana McGraw-Hill, Vol. 1, 5ª Edición 2002 Vol 1, pag 1-16 y 52 -82.
- 6.- FERNANDEZ, Ferrín Carmen, El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería Edit. Masson-Barcelona 2004, pag. 1-45.
- 7.-IYER W. Patricia, Barbara J Tapich y Donna Bernochi LOsey, Proceso de Enfermería, diagnostico de enfermería, México, Interamericana- MacGraw-Hill 2ª Edición 1999, Vol 1, Pag. 79 y 165.
- 8.-JOANNE C.Mxcloskey, Gloria M.B Bulechek, Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Intervención Clasificación (NIC) 8ª Edición Editorial Mosby 2005.
- 9.-LUCKMAN, Joan, Cuidados de enfermería Vol 1 Mcgraw-Hill Interamericana 1ª Edición, 2000 pag. 1-72,368,393.
- 10.-LUIS RODRIGO, Maria Teresa; Carmen Fernandez Ferrín, Maria Victoria Navarro Gomez, De la teoria a la practica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, España, Masson, S:A.; 1998, pag. 3-15 y 27-54.
- 11.-MARION JONSON, Merodean Mass Sue Moorheat, Nurcing outcomes classification (NOC), Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 3ª edición, Editorial Mosby 2005.
- 12.-NANDA (North American Nursing Diagnostics Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.

13.-NOVAK, R. Edmund, Georgiana Seegar Jones, Howard W. Jones Jr , Tratado de ginecología de Novak, México , Interamericana 9a Edición 1998, pag 352- 383.

14.-PAPALIA, Diane E, Sally Weendkos Olds Fundamentos de desarrollo Humano, Traducción; German Alberto Villamizal, México, MacGraw-Hill 6ª Edición 2001, pag 221-239.

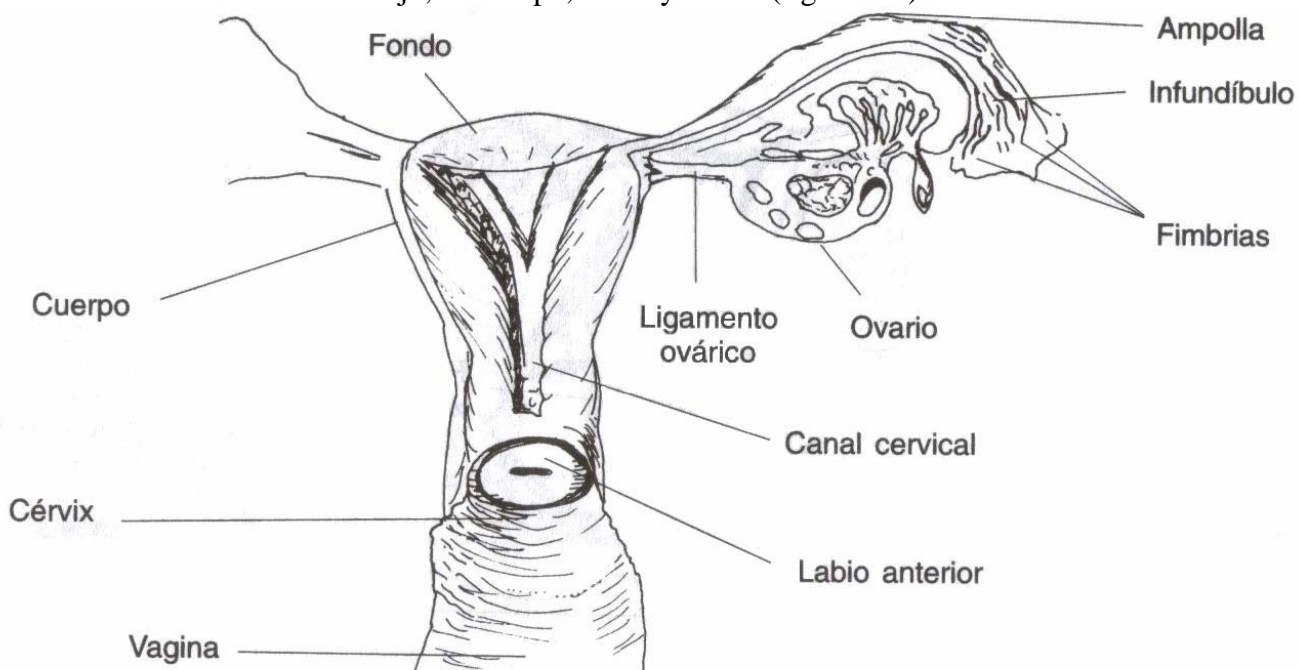


## 11. ANEXOS

### Anexo 1

#### ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ÚTERO.

“El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera achatada, situado entre la vejiga y el recto, que se divide de arriba hacia abajo, en cuerpo, istmo y cuello (figura 1-7).



**Figura 1-7. Vista anterior del útero.**

Las medidas del útero son diferentes, según la paridad de la mujer; en las pacientes nulíparas, las dimensiones uterinas son:

Longitud	6 a 7 cm
Anchura	4 cm
Grosor	2.5 a 3 cm
Peso	40 a 50 g

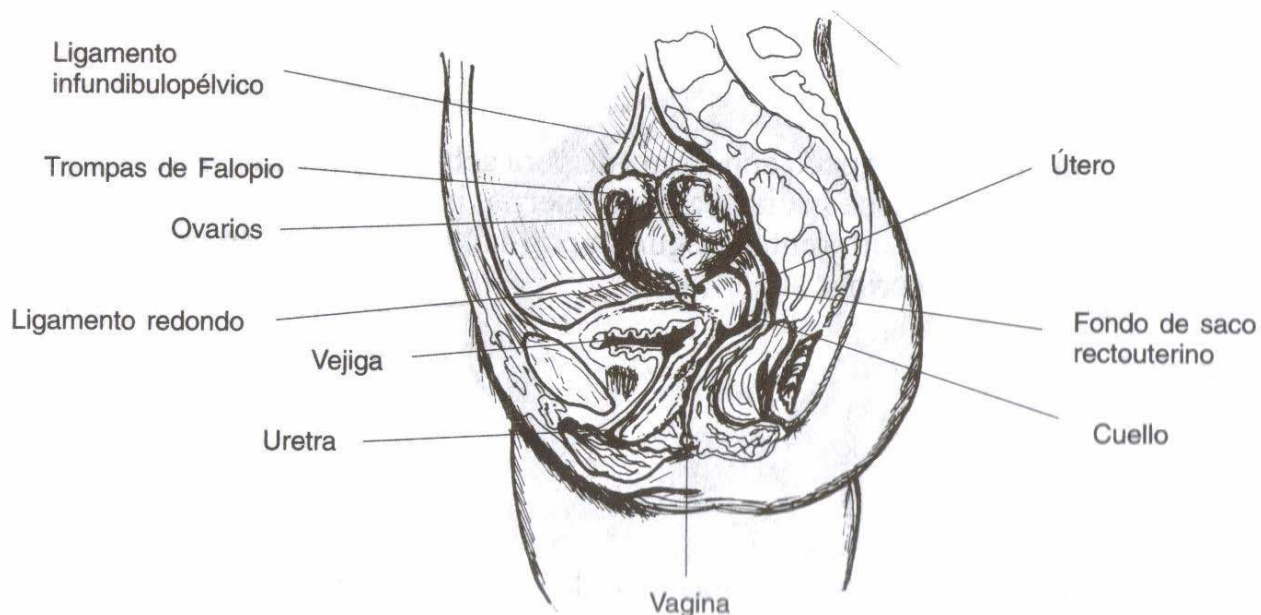
En cambio, en las mujeres multíparas, estas medidas aumentan 1 a 2 cm y el peso llega a ser alrededor de 70 g.

El cuerpo es el segmento muscular activo y consta de fondo, cuernos y ligamentos uterinos. Es la porción superior del útero y tiene una forma triangular. El fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de las trompas y los cuernos uterinos son aquellas partes en donde se une el fondo con los bordes laterales del útero.

El istmo es la parte intermedia del útero que sirve al cérvix con el cuerpo uterino, tiene 1 cm de longitud y tiene la característica de que durante el trabajo de parto, por el efecto de las contracciones uterinas, se constituye en el segmento uterino, que es el sitio en donde se practican la mayor parte de las cesáreas actuales. A nivel del istmo, el conducto uterino es estrecho y posee menos glándulas y musculatura.

El cérvix o cuello uterino es la porción más inferior del útero, mide alrededor de 2.5 cm de largo y tiene una forma cilíndrico-cónica. Está constituido por un orificio externo, inferior y en contacto con la vagina, por un canal cervical y por un orificio interno superior rotado hacia la cavidad uterina. La inserción vaginal divide al cuello uterino en dos segmentos; el supravaginal y el intravaginal y cabe señalar que, el hocico de Tenka es la región que se observa al espejo ginecológico.

El cervix de afuera hacia dentro, esta constituido por una capa externa muscular y una capa de tejido conectivo fibroso en el interior.



**Figura 1-8.** Útero y estructuras vecinas. Corte sagital. (Tomada con permiso de Norman F. *Manual de ginecoobstetricia*, 1a ed.; Editorial El Manual Moderno, 1995.)

Desde el punto de vista de la pared, el útero consta de tres capas: de afuera hacia dentro, tenemos el peritoneo visceral uterino que recubre al útero, por la cara anterior y posterior del cuerpo, al cual esta íntimamente adherido, continuándose por los bordes con las hojas anterior y posterior del ligamento ancho, uno de cada lado. Luego tenemos el miometrio o músculo uterino y la capa más interna, es la mucosa endometrial o endometrio. Por lo que se refiere al miometrio, se encuentra constituido por:

1. Una capa externa de fibras longitudinales, que se continúan hacia abajo en la parte más externa del cérvix y en la vagina.
2. Una capa media plexiforme y hemostática, porque al contraerse, cierra la luz de los vasos uterinos que la atraviesan; los músculos de esta capa, se disponen en forma de S y al entrecruzarse,

forman una figura de 8, por cuyos orificios pasan los vasos útero-miometriales y por eso al comprimirse el miometrio, comprime los vasos sanguíneos. Éste es un importante factor para la reducción del sangrado uterino posparto y cuando falla, se presenta la temida hemorragia por hipotonía uterina.

3. Y una capa interna de fibras longitudinales y circulares a nivel de los esfínteres.

El endometrio o mucosa uterina endometrial, es una capa constituida por células endometriales, glándulas, arterias rectas y arterias espirales. Tapiza toda la cavidad uterina y está destinado a la nidación del huevo fecundado.

Sufre cambios cíclicos bajo el estímulo de las hormonas ováricas, presentándose la menstruación también de una manera cíclica y dependiente de la función ovárica. Histológicamente, el endometrio consta de dos capas; una capa funcional, superficial, que es la que se descama en cada menstruación y una capa basal profunda, fuertemente adherida al miometrio y que regenera a la mucosa, después de cada menstruación, por la acción de los estrógenos producidos en el ovario. Es importante señalar que la mucosa del cérvix es de carácter distinto a la mucosa endometrial y no participa de la transformación decidual característica de la gestación, pero tiene gran cantidad de glándulas productoras de moco.

## **MEDIOS DE FIJACIÓN DEL ÚTERO**

Los medios de fijación más importantes son: los músculos elevadores del ano, las fascias que rodean a la vagina y al cérvix, y las aponeurosis que recubren a los músculos pelvianos. Los otros medios de fijación son elementos ligamentosos, en cuya estructura intervienen: tejido conjuntivo laxo, músculo liso y la serosa peritoneal que los reviste. Estos ligamentos son los siguientes:

### **Ligamentos redondos**

Son dos, uno de cada lado, nacen en el cuerno uterino y están situados por delante y por debajo de las trompas; de ahí se dirigen al conducto inguinal, que recorren y van a terminar, cada uno en el correspondiente labio mayor de la vulva. Su función es atraer el fondo del útero hacia adelante.

### **Ligamentos uterosacros**

Nacen en los bordes del cuello uterino y se dirigen hacia la segunda y tercera vértebras sacras, pasando a cada lado del recto y marcan la entrada del fondo de saco de Douglas. Los ligamentos uterosacros son también condensaciones de la fascia subserosa y con los ligamentos cardinales, constituyen los elementos de fijación más importantes del útero, ya que sin ellos, el útero tiende a desplazarse hacia abajo, a través de la vagina y esta situación se denomina prolapso uterino.

### **Ligamentos cardinales de Mackenrodt o parametrios**

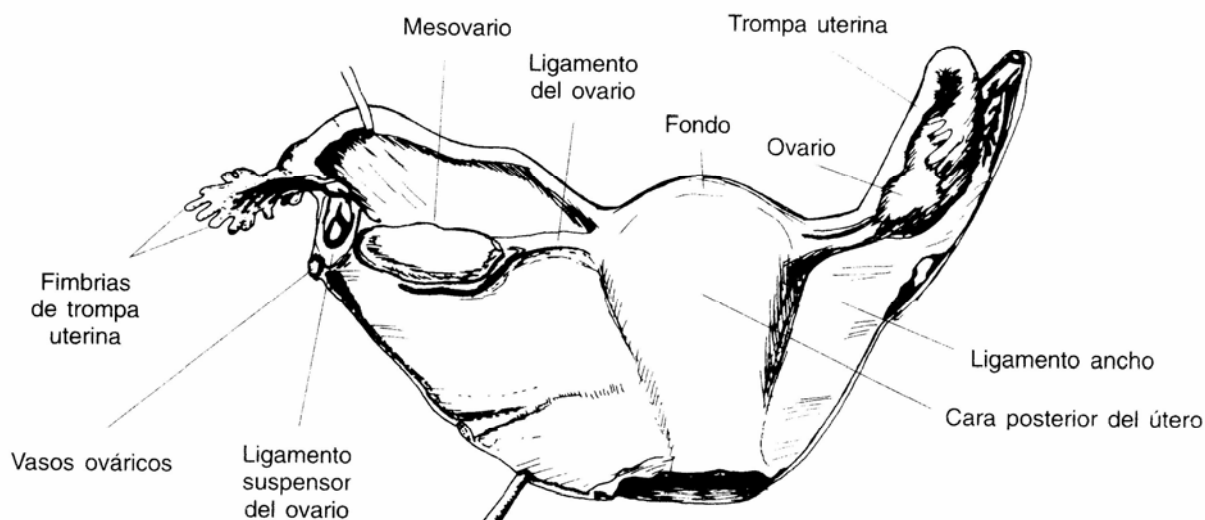
Unen los bordes del cuello uterino a las paredes laterales de la pelvis, en la parte inferior de los ligamentos anchos. Ya se describió que, son factores importantes en la sustentación del útero, pero además contienen y protegen a los vasos sanguíneos uterinos, pues son condensaciones de la fascia subserosa dispuesta alrededor de los mismos. Es importante señalar que este conocimiento anatómico es imprescindible cuando se realiza una histerectomía total (extirpación del útero).

### **Ligamentos anchos**

Están constituidos por un repliegue peritoneal de dos hojas, que se extiende desde el borde lateral del útero hasta las paredes de la pelvis. En su interior encontramos tejido conjuntivo, vasos linfáticos y nervios. Estos ligamentos no pueden desempeñar una función importante de fijación, porque la serosa peritoneal que los constituye es muy elástica.

### Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio también llamadas oviductos son dos, una de cada lado; se insertan en el fondo del útero y constituyen la conexión entre la cavidad peritoneal por un lado y la cavidad uterina por el otro. Miden 10 cm de longitud y 0.6 cm de diámetro. Su importancia primordial radica en el hecho de que a nivel del tercio medio de la trompa se lleva a cabo la fecundación, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide (figura 1-9).



**Figura 1-9.** Útero, trompas y ovarios. Cara posterior.

Las trompas se dividen en cuatro porciones, a saber:

Una porción intramural, situada en el espesor de la pared muscular del útero, tiene 1 cm de longitud, la ístmica mide 2 a 4 cm. La ampular que se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón de la trompa, que termina en unas lengüetas denominadas franjas tubarias, que parecen abrazar al ovario. Entre estas franjas tubarias, existe una especialmente desarrollada (franja oválica) que forma una especie de canal que corre de la trompa al ovario (mecanismo de aspiración del óvulo).

En el transporte del óvulo hacia la cavidad uterina, es importante señalar la vibración de los cilios del epitelio de la trompa y los movimientos peristálticos de la misma, originados por la musculatura longitudinal y anular de la trompa. Además se ha demostrado, que en el momento de la ruptura folicular (ovulación) se hace más íntimo el contacto entre trompa y ovario; aspirando la trompa, directamente desde la franja oválica hacia el pabellón, el óvulo liberado en el estallamiento folicular y este fenómeno viene formando la parte más importante del mecanismo de aspiración del óvulo.

Por último, cabe señalar que las trompas también están revestidas de peritoneo con excepción de sus extremos; es continuación del peritoneo uterino.

Cabe mencionar ahora, que el ovario es el único órgano intraperitoneal que no está revestido por el peritoneo.

## OVARIOS

El ovario es una glándula de secreción interna que desempeña varias funciones muy importantes en la vida genital de la mujer:

Tiene una función generativa que consiste en la maduración y desarrollo del folículo, con producción de las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, que actuarán estimulando al endometrio, primero en la fase proliferativa y posteriormente en la fase progestacional del ciclo endometrial.

Posee una función vegetativa, que significa que todo el aparato genital recibe un estímulo trófico para su funcionamiento y desarrollo; por último tiene una función somática que comprende la acción del ovario, mediante la producción de los estrógenos y la progesterona, sobre el resto del organismo, al que imprime los caracteres sexuales secundarios. En las glándulas mamarias, los estrógenos producen un crecimiento por incremento en el tejido adiposo y tejido conjuntivo, con proliferación de los conductos glandulares e hiperpigmentación de la areola. Los gestágenos aumentan la capacidad funcional de los alvéolos.

En el sistema óseo, los estrógenos durante la adolescencia incrementan el cierre de las epífisis y su ausencia en la posmenopausia predisponen a la osteoporosis por disminuir la influencia de su acción en el metabolismo del calcio y fósforo.

Sobre el metabolismo en general, los estrógenos condicionan retención de nitrógeno, de calcio, de fósforo y elementalmente se consideran anabólicos; además, los estrógenos elevan los triglicéridos aumentando el índice aterogénico. Los progestágenos en cambio, dan balance nitrogenado negativo y retención de sodio y agua.

En la sangre, los progestágenos producen hemodilución e hipervolemia y por su lado, los estrógenos elevan algunos de los factores de la coagulación y también elevan las plaquetas, con lo que favorecen la tendencia a episodios trombóticos.

Los ovarios o gónadas de la mujer se asemejan en forma y tamaño a las almendras, son dos y están situadas en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero, al cual están unidos por el ligamento uteroovárico y están suspendidos lateralmente de la pared pelviana por el ligamento infundibulopélvico, que está constituido por el peritoneo que recubre el sistema vascular que entra y sale del ovario.

Los ovarios son de forma elíptica y achatada, de color blanco grisáceo, de consistencia firme y están situados por detrás del ligamento ancho. Sus dimensiones son de 2.5 a 5 cm de longitud y su peso es de 4 a 8 g.

Son de superficie irregular, pues se pueden apreciar: folículos de De Graaf, cuerpos amarillos y depresiones cicatrizales originadas por los folículos rotos.

Al corte, el ovario tiene una zona medular central y una zona cortical externa:

La zona medular, posee tejido conjuntivo laxo y algunas fibras musculares, pero no contiene folículos.

La zona cortical o corteza del ovario está constituida por un epitelio superficial de células cilíndricas estratificadas, por la túnica albugínea que está situada por debajo de la capa anterior y la zona ovígena que es la más profunda de la corteza, está formada por un tejido conjuntivo denso, con folículos primordiales, cuerpos amarillos y el *corpus albicans*.<sup>11\*</sup>

<sup>11\*</sup> DECHERNY H. Alan, lauren Nathan, Diagnostico v tratamiento ginecologico, Traducción: Martha Elena Araña Martínez, México, Manual Moderno, 8ª edición, 2003, pag 37- 47

## ANEXO 2

### MIOMATOSIS UTERINA

Los miomas son tumores miometriales benignos discretos, redondeados, firmes, de color blanco o rosa pálido, compuestos en su mayor parte por músculo liso con cantidades variables de tejido conjuntivo fibroso. Cerca de 95% surge en el cuerpo uterino y 5% en el cérvix. Sólo a veces se originan en una trompa de Falopio o ligamento redondo. Los leiomiomas son los tumores pélvicos más frecuentes, se desarrollan en cerca de 25% de las mujeres blancas y en la mitad de las negras hacia los 50 años. Estos tumores representan casi 70% de los problemas ginecológicos y tienen una mayor incidencia en el quinto decenio de la vida. Aunque la causa se desconoce, cada tumor (98% es múltiple) es monoclonal y se origina de una sola célula muscular (aún no queda claro si de un resto de célula embrionaria o de músculo liso de vaso sanguíneo). Crecen como respuesta al estrógeno. Por tanto el crecimiento es más intenso durante el embarazo. Los miomas previos a la menarca son raros y la menopausia o la castración inducen la regresión.

Los miomas uterinos se clasifican de acuerdo con su localización anatómica. Los más comunes son subserosos (debajo del peritoneo), intramurales (dentro de la pared uterina) o submucosos (sólo 5 a 10% se localiza debajo del endometrio). Pueden volverse pedunculados cuando son subserosos o submucosos.

Una variación especial de los tumores pedunculados es la extrusión retroperitoneal entre las hojas del ligamento ancho (intra-ligamentario). Aunque es raro que se adhieran a otros órganos, en los casos extremos los leiomiomas pedunculados pueden obtener todo su aporte sanguíneo de otro sitio, se vuelven parasitarios.

### PATOLOGÍA

Sólo 2% de los miomas es solitario. Pueden crecer hasta alcanzar más de 45 kg. Cada tumor está limitado por una pseudocápsula, un plano de división potencial útil en la enucleación quirúrgica. Es posible que estos tumores sean multinodulares y suelen tener un color más claro que el miometrio normal. En un corte típico los leiomiomas muestran un patrón espiral o trabeculado de músculo liso y tejido conjuntivo fibroso en proporciones variables. Al microscopio los miocitos son maduros y de tamaño uniforme, con una apariencia benigna característica. Las células de músculo liso están dispuestas en haces y tienen tejido fibroso intercalado en relación directa con la magnitud de la atrofia la degeneración ocurrida. A veces se encuentran telangiectasias o Imfangiectasias.

Por lo general el aporte sanguíneo se realiza a través de una o dos arterias principales y los tumores tienden a rebasar su suministro sanguíneo, con la degeneración consecuente. Dos tercios de los miomas más grandes presentan cierta degeneración. La degeneración aguda de un leiomioma es hasta cierto punto infrecuente, pero puede ser necrótica, hemorrágica (degeneración roja) o séptica.

La degeneración crónica puede ser atronca, hialina (65%), quística, calcificada (10%), mixomatosa (15%) o adiposa. Los leiomiomas se desarrollan en alrededor de 0.1 a 0.5% de las pacientes con leiomiomas. Sin embargo, no se sabe si surgen de los leiomiomas.

## HALLAZGOS CLÍNICOS

### SÍNTOMAS Y SIGNOS

La mayoría (casi dos tercios) de las mujeres con leiomiomas es asintomática. Las manifestaciones, cuando ocurren, dependen del número, el tamaño, la localización, la situación y el estado (casi siempre del aporte vascular) de los tumores. Los síntomas ginecológicos más frecuentes son hemorragia uterina anormal, efectos de la presión, dolor e infertilidad. La hemorragia uterina anormal se encuentra en casi 30% de las mujeres con miomas uterinos. La menorragia es el patrón más común de hemorragia uterina anormal y aunque es posible encontrar casi cualquier patrón, a menudo se observa manchado premenstrual y flujo ligero prolongado después de la menstruación. Muchas veces se desarrolla anemia por deficiencia de hierro como resultado de la pérdida menstrual más intensa. En raras ocasiones se encuentra policitemia secundaria por el incremento de la eritropoyetina, la causa de este efecto se desconoce.

Los síntomas ginecológicos secundarios a la presión que ejercen los miomas son variables, pero muchas veces incluyen aumento del perímetro abdominal, sensación de plenitud o pesadez pélvica, polaquiuria (por la intromisión en la vejiga) y obstrucción ureteral. Los tumores grandes que ocasionan congestión pélvica con edema en las extremidades inferiores o estreñimiento son mucho menos frecuentes. Los tumores parasitarios pueden causar obstrucción intestinal. A veces los tumores cervicales originan leucorrea, hemorragia vaginal, dispareunia o infertilidad.

El tipo de dolor más usual (casi la tercera parte de las pacientes tiene dolor) que los miomas ocasionan es la dismenorrea adquirida. Sin embargo, los dolores más intensos y característicos que se deben a estos tumores se relacionan con degeneración (sobre todo la carnosa o séptica, en la que hay dolor de inicio súbito que no remite y puede presentarse como abdomen agudo), torsión (por lo general con dolor agudo remitente) o contracciones uterinas como intento para expulsar un tumor submucoso pedunculado. La pesadez pélvica y la sensación de pujo son molestias comunes cuando los tumores son grandes. En ocasiones la impacción pélvica de un mioma comprime un nervio y el dolor se irradia a la espalda o las extremidades inferiores.

Los miomas uterinos surgen como la única anomalía en 2 a 10% de las pacientes infértiles. La relación causal aún no se aclara, pero a veces la miomectomía está indicada en la infertilidad prolongada sin otra causa demostrable. Es probable que las pacientes con leiomiomas experimenten abortos dos o tres veces más a menudo. Por tanto la miomectomía está indicada en las pérdidas recurrentes del embarazo con leiomiomas como única alteración. Esto conlleva un índice de 40 a 50% de embarazos de término.

El embarazo complicado por miomas puede terminar en aborto, trabajo de parto prematuro, presentación anormal, falta de encajamiento, dolor o sensibilidad inusual, distocia, trabajo de parto vago y hemorragia puerperal. Sin embargo, si no se observa una relación discernible entre el tamaño, la localización u otras características y el resultado, no hay forma de anticipar qué pacientes tendrán dificultades. El uso de tocolíticos, el trabajo de parto prematuro y la operación cesárea se incrementan en las mujeres con leiomiomas que complican el embarazo.

La exploración física (abdominal y pélvica) suele revelar masas nodulares firmes, irregulares pero lisas, unidas al útero.

## HALLAZGOS DE LABORATORIO

La anemia es el hallazgo de laboratorio más frecuente en caso de leiomiomas uterinos (como resultado de la hemorragia uterina anormal y la infección). Puede ocurrir leucocitosis e incremento de la velocidad de sedimentación globular si los leiomiomas se complican por endometritis o degeneración carnosa o séptica.

## IMÁGENES

El examen sonográfico es útil para confirmar el diagnóstico clínico, medir el útero y los tumores, ayudar al diagnóstico de los casos difíciles y hacer mediciones secuenciales del tumor. La presencia refractaria recurrente de una sombra en una masa pélvica es muy sugestiva de leiomiomas. La ultrasonografía Doppler a color contribuye mucho a detallar el patrón vascular del tumor y la impedancia del flujo sanguíneo arterial dentro y alrededor del leiomioma. Estos últimos hallazgos son muy útiles para distinguir los leiomiomas de la adenomiosis. Los rayos X sólo establecen el diagnóstico en alteraciones con calcificación o cuando hay invasión del sistema urinario (pielografía intravenosa). La localización y la delimitación de los detalles del leiomioma son más precisas con imagen por resonancia magnética (IRM). Esta puede diferenciar la adenomiosis de los leiomiomas y de los leiomiosarcomas. Además el "signo de puente vascular" en la IRM ayuda al diagnóstico y la distinción entre un leiomioma uterino exofítico y otras masas en los anexos. Por último se sugiere que la IRM contribuye a la planeación quirúrgica y a vigilar la respuesta al tratamiento médico.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El crecimiento o irregularidad del útero que un leiomioma causa también puede deberse a embarazo, adenomiosis, leiomiosarcoma o neoplasias ováricas sólidas. Los leiomiomas pueden confundirse con la contracción miometrial focal en los estudios imagenológicos. Otros trastornos a considerar comprenden subinvolución, anomalías congénitas, anexos adherentes, hipertrofia benigna del epiplón o el intestino y sarcoma o carcinoma. Por último hay una variante muy rara del leiomioma, el leiomioma benigno con metástasis. Este trastorno se caracteriza por múltiples nodulos de músculo liso, que se localizan sobre todo en el pulmón.

## TRATAMIENTO

Es obvio que el tratamiento de los leiomiomas depende de diversas variables, como número, tamaño, localización, sintomatología, degeneración, deseos reproductivos (edad, paridad, deseo de tener hijos), salud general, proximidad de la menopausia y posibilidad de malignidad. En caso de leiomiomas asintomáticos y pequeños el tratamiento conservador (seguimiento cuidadoso sin tratamiento) consiste en exploraciones (y tal vez ultrasonido) cada cuatro a seis meses. De hecho la mayor parte puede tratarse de esta forma, lo que evita la intervención quirúrgica.

Por lo general la necesidad de intervenir se basa en: hemorragia que reduce el hematócrito o la hemoglobina a pesar del tratamiento nutricional y con hierro adecuado; tamaño combinado del útero y el leiomioma tal que no sea posible valorar los ovarios y cualquier masa en forma adecuada durante la exploración pélvica (cercano al tamaño de un embarazo de 12 a 14 semanas); localización



adversa de los leiomiomas (p. ej., cervical o que causa obstrucción ureteral), y dolor o signos de degeneración sintomática. La extirpación de los leiomiomas durante el embarazo es rara por la hemorragia extraordinaria que se produce. Incluso después del parto el tratamiento quirúrgico debe retrasarse tres a seis meses para que el tumor involucre, de ser posible.

Cuando es deseable retrasar un poco la operación (p. ej., para corregir un problema médico o mejorar el estado hematológico), reducir el tamaño del tumor antes de la intervención (p. ej., para facilitar el procedimiento) o evitar la operación (p. ej., cerca de la menopausia) las pacientes pueden tratarse con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Estos compuestos ocasionan una pseudomenopausia y una reducción importante del tamaño del tumor. Una alternativa es el danazol en dosis de 400 mg/día por cuatro meses. El supuesto mecanismo de acción de este último es la disminución de las concentraciones de estrógeno y su efecto antiprogesterona. Por desgracia estos tratamientos médicos sólo pueden administrarse por periodos limitados y tienen efectos colaterales suficientes para determinar que muchas pacientes suspendan su uso.

Antes de la operación es necesario efectuar las valoraciones ginecológicas usuales y un frotis citológico (Papanicolaou). Para las pacientes con hemorragia anormal se recomienda curetaje diferencial para comprobar el estado del endometrio. En todas las mujeres mayores de 35 años, en las mayores de 30 con ciclos anovulatorios y cuando hay duda respecto al diagnóstico es preciso conocer el estado del endometrio (descartar cáncer endometrial). Este puede establecerse mediante histeroscopia y biopsias dirigidas o dilatación con curetaje. Es posible que la biopsia excisional sea curativa en caso de leiomiomas submucosos pedunculados.

La intervención quirúrgica definitiva casi siempre es la miomecómia o la histerectomía. La miomecómia se emplea en pacientes que desean conservar la fertilidad y cada vez se realiza más a menudo por laparoscopia o histeroscopia. Sin embargo, muchos leiomiomas no son susceptibles de tratamiento con métodos endoscópicos y deben extirparse por laparotomía. Es necesario asesorar bien a las pacientes antes de la intervención respecto a los riesgos, los beneficios potenciales y las ocasiones en las que la miomecómia no puede efectuarse (p. ej., por la situación del tumor) y es necesaria la histerectomía. Además, si se ingresa a la cavidad endometrial durante la miomecómia laparoscópica o por laparotomía, tal vez sea prudente que los hijos ulteriores nazcan por cesárea a causa del riesgo de rotura uterina.

El mioma submucoso pedunculado puede extirparse por vía vaginal mediante histeroscopia. Los leiomiomas pequeños y sintomáticos, en particular los subserosos y pedunculados, pueden retirarse con facilidad mediante laparoscopia. Los leiomiomas grandes o aquéllos en una localización inusual requieren miomecómia abdominal o histerectomía. Los ovarios deben conservarse si es posible (sobre todo en las menores de 40 o 45 años). Sin embargo, la extirpación está indicada si muestran alteraciones, si se observa compromiso del aporte sanguíneo ovárico o si se trata de una paciente posmenopáusica. Por razones que aún no se definen, durante las primeras 48 h después de la operación las pacientes con miomecómia tienen mayor incidencia de fiebre posoperatoria que las mujeres con histerectomía.

La incidencia de recurrencia después de la miomecómia es de 5 a 40% incluso cuando se retiran todos los leiomiomas macroscópicos al momento de la operación. Por lo menos la mitad de los leiomiomas recurrentes requiere tratamiento quirúrgico adicional. La histerectomía es curativa. Desde hace poco tiempo se presta mucha atención a la embolización de la arteria uterina a través de un catéter para los leiomiomas sintomáticos. Los principales objetivos de esta técnica son disminuir

las manifestaciones relacionadas y tratar de prevenir la intervención quirúrgica. Las principales indicaciones son menometrorragia, anemia o dolor. Se refiere que el procedimiento disminuye el volumen del tumor (y por consiguiente del útero) 20 a 80% en más de 90% de las pacientes. A menudo hay dolor en las primeras 24 h después del procedimiento y tal vez se requieran antiinflamatorios no esteroides y narcóticos intravenosos. Las pacientes que se someten a este procedimiento refieren una mejoría significativa en la calidad de vida relacionada con su salud y los síntomas atribuibles a los leiomiomas.

Las complicaciones de la embolización de la arteria uterina para miomas incluyen endometritis, piómetra, necrosis uterina, sepsis y extrusión vaginal tardía de leiomiomas submucosos pedunculados necróticos. Además hay casos que tienen una respuesta mínima e informes de intentos erróneos para tratar adenomiosis (que no responde a esta técnica). Se conoce un informe referente a septicemia letal después del procedimiento. En la actualidad esta técnica no se recomienda para las mujeres que desean conservar la fertilidad. La aplicación limitada y la ausencia de seguimiento a largo plazo impide hacer una mejor definición de los resultados benéficos, precisar la incidencia de complicaciones y detallar el impacto sobre la fertilidad ulterior.<sup>12</sup>

12.- **Op.** Cit: DECHERNY H. Alan, lauren Nathan, Diagnostico y tratamiento ginecologico, Traducción: Martha Elena Araíza Martínez, México, Manual Moderno, 8ª edición, 2003, pag 120- 125.

## ANEXO 3

### HISTERECTOMIA

“La histerectomía tal vez sea la tercera o cuarta operación más frecuente en Estados Unidos. Los críticos argumentan que la histerectomía se emplea muy a menudo para problemas menstruales que podrían corregirse de otra forma o como medio de esterilización. En cualquier caso, con los avances recientes la histerectomía se practica cada vez más para trastornos que no responden a otros tratamientos.

Se utilizan varios modificadores para describir con más precisión la histerectomía. Histerectomía se emplea como término intercambiable con histerectomía total, que implica la extirpación completa del útero, incluso el cérvix. La histerectomía subtotal es la extirpación sólo del cuerpo uterino. La histerectomía abdominal consiste en extirpar el cuerpo uterino y el cérvix a través de una incisión abdominal. La histerectomía vaginal es la extirpación a través de la vagina. La histerectomía extrafascial es la extirpación del útero y el cérvix junto con la fascia externa del cérvix (fascia endopélvica). La histerectomía intrafascial es la extirpación desde dentro de la fascia endopélvica cervical. La histerectomía radical implica la disección y el aislamiento de cada uréter, así como de la arteria y la vena uterinas, seguida de extirpación en bloque del cuerpo uterino, el cérvix, la parte superior de la vagina, el tejido parametrial y los ligamentos uterosacros. La histerectomía radical suele combinarse con anexectomía y linfadenectomía pélvica.

#### CUADRO INDICACIONES PARA HISTERECTOMÍA.

---

Tumor maligno ginecológico  
 Cervical  
 Uterino  
 Ovárico  
 Tubario  
 Enfermedades ginecológicas benignas (resistentes a otro tratamiento)  
 Leiomioma uterino  
 Adenomiosis sintomática  
 Endometriosis sintomática  
 Síndromes de relajación pélvica sintomática  
 Dolor pélvico central crónico incapacitante  
 Enfermedad pélvica inflamatoria grave o absceso pélvico  
 Hemorragia uterina intratable Complicaciones obstétricas  
 Hemorragia uterina intratable  
 Embarazo molar

---

## **Valoración preoperatoria**

La citología cervical (para detectar cáncer oculto) debe practicarse en los tres meses previos a la histerectomía planeada y cualquier anomalía tiene que evaluarse. La valoración endometrial (biopsias dirigidas por histeroscopia, D y C) se recomienda para detectar cáncer oculto antes de la histerectomía en cualquier mujer mayor de 35 años con hemorragia uterina anormal.

El estudio preoperatorio incluye biometría hemática completa, análisis de orina, perfil de coagulación, radiografía torácica y electrocardiograma para las mayores de 45 años, así como prueba de guayaco en heces. La histerectomía sin complicaciones rara vez requiere transfusión. De ahí que a menudo muchas instituciones hacen pruebas de tipo sanguíneo y detección para una posible transfusión, a diferencia de los procedimientos más costosos y tardados de tipo y pruebas cruzadas. La vagina se prepara con duchas de yodopovidona o un antiséptico similar la noche anterior o la mañana de la operación.

## **TÉCNICA**

### **Histerectomía abdominal**

La paciente se coloca en posición supina y se instala una sonda de Foley en la vejiga. El abdomen se prepara con una solución antiséptica (p. ej., yodopovidona) y se colocan campos estériles. Aunque la incisión en la piel depende de la naturaleza del problema, para trastornos más benignos puede usarse una incisión transversa baja (Pfannenstiel).

La incisión medial inferior (de la sínfisis púbica al ombligo) brinda una mejor exposición y la posibilidad de extensión en caso de tumores malignos o casos complicados.

La fascia se corta en sentido transversal mediante una incisión transversa, con curvas laterales hacia arriba para evitar el área inguinal. Los músculos piramidales se separan junto con los músculos rectos. Luego la vaina posterior de los rectos y el peritoneo se abren con cuidado. El peritoneo suele abrirse en sentido vertical.

Se visualizan el ciego y el apéndice, y se explora la parte superior del abdomen (riñones, hígado, vesícula biliar, estómago, parte proximal del intestino delgado y páncreas). El intestino se mantiene en la parte superior del abdomen con compresas. Esto se facilita si se coloca a la paciente en una posición leve de Trendelenburg. Los ligamentos redondos se unen con sutura y se cortan. Con disección cortante se realiza una incisión a lo largo de la parte anterior del ligamento ancho, lo que permite separar las hojas de este ligamento y abrir el espacio retroperitoneal. Esta incisión pasa justo por arriba del pliegue útero-vesical. La vejiga se separa del cérvix, primero con disección cortante y luego con disección roma. En este momento pueden identificarse los vasos pélvicos y los uréteres con una mínima disección adicional. La disección en la línea media se extiende hacia la vagina hasta que se palpa el labio anterior del cérvix. En ese punto la disección roma se continúa hacia los lados para separar los uréteres de los vasos uterinos.

Si va a practicarse ooforectomía se realiza un corte vertical de 1 cm en el peritoneo posterior, justo al lado del ligamento infundibulopélvico. Tras comprobar que el uréter está libre, se aplica doble ligadura al ligamento infundibulopélvico. La parte posterior del ligamento ancho se corta bajo visualización directa, desde el ovario y la trompa de Falopio hasta cerca del útero, a partir de donde la incisión se dirige hacia la inserción del ligamento uterosacro en el útero. Los ovarios se llevan a la línea media. Si los anexos no van a extirparse se aplica una pinza a cada ligamento tuboovárico y se

liga en la inserción con el útero en un pedículo que incluya la trompa de Falopio, y la parte posterior del peritoneo se corta hacia la inserción del ligamento uterosacro.

Se identifican los vasos pélvicos y se aíslan a nivel del orificio interno del cérvix. La arteria y la vena se ocluyen con pinza y se aplica doble ligadura. Se aplica también una pinza al ligamento cardinal (por lo general las pinzas del cérvix se retiran), se corta y se liga en varios segmentos a cada lado. Cuando se encuentran los ligamentos uterosacros, se aplican pinzas, se ligan y cortan. Un ese momento es posible palpar el cérvix e ingresar a la vagina (casi siempre por su parte anterior) mediante disección cortante. Se realiza una incisión circunferencial y se retira la pieza. Se suturan los dos ligamentos uterosacros y los cardinales a los ángulos de la vagina para asegurar el soporte vaginal y la vagina se cierra con sutura. El cierre vaginal puede ser de mucosa a mucosa cuando la vagina se sutura para cerrarla (anterior con posterior) o la luz vaginal puede dejarse abierta (por lo general para drenaje) con suturas alrededor de la misma. En ambos casos se utiliza material absorbible. A menudo el peritoneo pélvico se cierra, pero algunos estudios recientes indican que esto tal vez no siempre sea necesario.

Después de la cuenta correcta de todas las esponjas, agujas e instrumentos, se cierra el peritoneo parietal y se reaproxima la fascia con sutura. Se cierra el tejido subcutáneo y la piel, ésta con suturas o broches. Se aplica cualquier vendaje al final del procedimiento.

### **Histerectomía vaginal**

La histerectomía vaginal debe realizarse con cuidado si el útero tiene un tamaño mayor al correspondiente a 10 semanas de gestación o en presencia de muchas adherencias secundarias a enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis u operaciones previas (en especial cesárea). El procedimiento se facilita si hay prolapso uterino.

La paciente se coloca en posición de litotomía dorsal y la vagina y la región pudenda se preparan con solución antiséptica. Se colocan los campos estériles y un espejo vaginal posterior con peso. Se sujeta el cérvix y se reconfirma la movilidad. Se practica una incisión circunferencial en la fascia en la unión cervicovaginal y se ingresa al fondo de saco. Tras comprobar que el fondo de saco está libre se identifican los ligamentos uterosacros, se aplican pinzas, se cortan y ligan. En ese momento es recomendable suturar la mucosa vaginal posterior al peritoneo para detener la hemorragia de esa zona.

Si las características anatómicas lo permiten se emplea disección cortante modificada y roma para liberar la vejiga del cérvix a fin de cortar el peritoneo anterior. Si esto resulta difícil pueden aplicarse pinzas, cortar y ligar uno o más segmentos de los ligamentos cardinales. Una vez que se ingresa por la hoja anterior del peritoneo se realiza disección roma a los lados para retraer los uréteres de los vasos uterinos, donde se coloca un separador para elevar y sostener la vejiga. Se identifican los vasos uterinos, se aplican pinzas, se ligan y se cortan a ambos lados. Tras la aplicación de pinzas, la ligadura y el corte de los dos ligamentos anchos, la operación se repite con los ligamentos tubo-ováricos, las trompas de Falopio y los ligamentos redondos en un solo pedículo. Se inspeccionan los ovarios y se asegura la hemostasia. El peritoneo se cierra con una sutura enjareta para que todos los pedículos sean extraperitoneales. El segmento más inferior del ligamento cardinal y los ligamentos uterosacros se suturan con el ángulo vaginal superior y los ligamentos uterosacros casi siempre se suturan juntos en la línea media. Por último se cierra el muñón vaginal con material absorbible.

La histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica empezó a tener una aplicación amplia desde hace poco tiempo. En este procedimiento el ligamento infundibulopélvico (si van a extirparse los

ovarios) o el ligamento ovárico y la trompa de Falopio (si no van a extirparse los ovarios), el ligamento redondo y a menudo los vasos uterinos se seccionan mediante técnica hemostática a través del laparoscopio. La histerectomía se completa por vía vaginal con el corte de los ligamentos uterosacros y la porción inferior de los ligamentos cardinales. Para el cierre vaginal se emplean técnicas similares a las de la histerectomía vaginal.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de la histerectomía incluyen hemorragia, atelectasia, sepsis o abertura de la herida, lesión o infección urinaria, tromboflebitis y embolia pulmonar.

La hemorragia es la complicación transoperatoria más común de la histerectomía vaginal y abdominal. Por lo general proviene del pedículo infundibulopélvico, el pedículo tuboovárico, el uterino o de un ángulo de la vagina. El único sitio hemorrágico accesible para ligadura sin la necesidad de otra operación es el ángulo de la vagina. Sin embargo, tal vez sea necesaria una nueva intervención quirúrgica si la hemorragia persiste o es suficiente para causar taquicardia, hipotensión u otros signos de compromiso grave.

La infección de la herida puede ocurrir al cabo de tres a cinco días de la operación y se acompaña de fiebre, dolor, enrojecimiento, inflamación y aumento de la temperatura alrededor de la herida. El tratamiento consiste en antibióticos sistémicos, abertura de la incisión, desbridación local y los cuidados apropiados de la herida. La herida puede abrirse cuatro a ocho días después de la operación como resultado de infección, pero es más frecuente que se deba a una combinación de las suturas o la técnica para suturar, infección y alteraciones en la cicatrización. Una secreción serosa evidente en la herida anuncia la dehiscencia de la misma. Ante la sospecha de evisceración ha de trasladarse a la paciente al quirófano para explorar la incisión. Por lo general sólo deben colocarse suturas de retención en la herida.

El compromiso ureteral puede ser consecuencia de las suturas, una lesión por aplastamiento o un corte real. Es posible que la lesión ureteral sea la complicación más grave de la histerectomía. El sitio más común de lesión ureteral es justo al lado del cérvix; el segundo sitio en frecuencia es el borde pélvico, debajo del ligamento infundibulopélvico<sup>13</sup>

<sup>13</sup>.-Ibidem. DECHERNY H. Alan, lauren Nathan, Diagnostico y tratamiento ginecologico, Traducción: Martha Elena Araíza Martínez, México, Manual Moderno, 8ª edición, 2003, pag 220—245

## ANEXO 4

### ETAPA DE DESARROLLO: ADULTA JOVEN

“Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado **pensamiento dialéctico**, en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas.

Otros teóricos se han referido a este mismo período, como el del pensamiento posformal, una etapa que va más allá de las operaciones formales planteadas por Piaget. Este pensamiento posformal tiene tres elementos básicos: relativismo, contradicción y síntesis. El adulto que alcanza el pensamiento posformal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas.

Shaie plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas: etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años), etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60), etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años), etapa reintegrativa (vejez). Según el modelo de Shaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

- Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.
- Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras.

### Desarrollo moral en el adulto joven

Para Piaget y Kohlberg, el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta.

Kohlberg en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta el desarrollo moral es una esencia una función de la experiencia. Los individuos sólo podrían alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para que las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requieren de experiencias, sobre todo aquellas que tienen fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar.

Según Kohlberg, existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responder por el bienestar de otra persona (cuando un individuo se convierte en padre).

## Desarrollo físico en la adultez joven

En la adultez joven la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años, luego se produce una pérdida gradual. Los sentidos alcanzan su mayor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años por propensión a la presbicia; la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años; el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor comienza a disminuir cerca de los 45 años (Rice, 1997). En esta etapa también se produce el nacimiento de los hijos, ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad

“Los adultos jóvenes se enferman con menos facilidad que los niños, y si sucede, lo superan rápidamente. Los motivos de hospitalización son los partos, los accidentes y enfermedades de los aparatos genitourinarios. En esta etapa la causa principal de muerte son los accidentes, luego el cáncer, enfermedades del corazón, el suicidio y el Sida.

Existen siete hábitos básicos importantes relacionados directamente con la salud: desayunar, comer a horas regulares, comer moderadamente, hacer ejercicio, dormir 7 u 8 horas en la noche, no fumar y beber moderadamente.

En esta etapa la dieta es muy importante, ya que "lo que las personas comen determina su apariencia física, como se sienten y, probablemente, que enfermedades pueden sufrir. La pérdida de peso y el sobrepeso están relacionados con muertes por enfermedades coronarias, a su vez, el colesterol produce estrechamiento de vasos sanguíneos lo que puede producir un paro cardíaco.

La actividad física ayuda en el mantenimiento del peso, tonificación de los músculos, fortalecimiento del corazón y pulmones, protege contra ataques cardíacos, cáncer y osteoporosis, alivia ansiedad y depresión. El fumar y el beber en exceso están estrechamente relacionados con problemas de tipo cardíaco, gastrointestinal y cáncer. "El abuso de alcohol es la principal causa de los accidentes automovilísticos fatales"

La salud puede verse influenciada por diversos factores como son: los factores socioeconómicos, la educación y el género.

## Conceptualización

La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres períodos:

- Adultez joven o juventud: 20 a 40-45 años.
- Adultez media: 45 a 65 años.
- Adultez mayor: 65 años en adelante.

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presente. Por tal motivo, el índice de mortalidad es bajo; dentro de las causas de muerte, en los varones se encuentran los accidentes y en las mujeres el cáncer. La manutención del estado físico depende de factores como la dieta adecuada y el ejercicio físico.

En relación al desarrollo intelectual, los adultos son capaces de considerar varios puntos de vista simultáneamente, aceptando las contradicciones, lo que se conoce como pensamiento dialéctico.



Shaie, aborda la cognición adulta en etapas . Otros teóricos se refieren al pensamiento dialéctico como un pensamiento posformal, mediante el cual los adultos sintetizan pensamientos contradictorios, emociones y experiencias.

En cuanto a la personalidad, el modelo de crisis normativas caracteriza el desarrollo como una serie de cambios sociales y emocionales. Por otro lado, el modelo de los momentos adecuados, lo visualiza como un período de cambios que dependen del contexto social, para determinar los sucesos importantes y su ocurrencia.

En esta etapa lo ideal es elegir una pareja, establecer una relación, plantearse la paternidad, lograr amistades duraderas y un trabajo estable.<sup>15</sup>

**14**.- PAPALIA, Diane E, Sally Weendkos Olds Fundamentos de desarrollo Humano, Traducción; German Alberto Villamizal, México, MacGraw-Hill 6ª Edición 2001, pag 221-239.