

85
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:



MARIA DEL ROSARIO, TÚN SANCHEZ.

Escuela Nacional de **ASESOR ACADÉMICO**
Enfermería y Obstetricia **DR. MARÍA MAGDALENA MATA CORTEZ.**
Coordinación de
Servicio Social

267490

MEXICO D.F. OCTUBRE 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
I.- MARCO TEÓRICO	
1.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	6
1.2 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	7
1.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	8
1.3.1 VALORACIÓN.	8
1.3.2 DIAGNÓSTICO.	15
1.3.3 PLANEACIÓN.	17
1.3.4 EJECUCIÓN.	18
1.3.5 EVALUACIÓN.	18
1.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	20
1.5 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	22
II.- METODOLOGÍA.	
2.1 ETAPA DE VALORACIÓN.	26
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	28
2.3 ETAPA DE PLANEACIÓN.	28
2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.	28
2.5 ETAPA DE AVALUACIÓN.	29
III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.	30
3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.	32
3.2.1 OBSERVACIÓN.	32
3.2.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.	34
3.2.3 EXÁMEN FÍSICO DE ENFERMERÍA.	45
3.2.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.	49
3.2.5 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL ESQUEMA DE VIRGINIA HENDERSON.	66
3.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.	72
3.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	74
3.5 PLAN DE CUIDADOS.	75
3.6 PLAN DE ALTA.	86
CONCLUSIONES.	91
ANEXOS.	95
GLOSARIO.	112
BIBLIOGRAFÍA.	116

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), es un padecimiento que puede presentarse en forma abrupta o bien se puede instalar paulatinamente y la sintomatología que presenta la paciente en su forma aguda, es una indicación inminente de hospitalización ya que puede dejar como secuela esterilidad y cronicidad. En su etapa mas grave puede requerir cirugía definitiva como la ooforectomía uni o bilateral e incluso la histerectomía total. Además de las complicaciones antes mencionadas, en los casos mas graves puede llevar a la paciente a una peritonitis generalizada o muerte.

Uno de los principales factores etiológicos de la (EIP) son las enfermedades de transmisión sexual que están consideradas actualmente como uno de los principales problemas de salud en el mundo, ya que las mujeres inician su vida sexual activa cada vez mas jóvenes y cuando se diagnostica una enfermedad de transmisión sexual en la consulta externa, generalmente inician tratamientos por vía oral, y por su irresponsabilidad no toman los tratamientos completos o no vuelven para ser controladas, ocasionando con esto un alto índice de pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica en las que es frecuente encontrar bacterias productoras de estas enfermedades en un porcentaje elevado de pacientes.

Esto nos da una idea del elevado índice de morbilidad a futuro por esta enfermedad, que se traduce en costos económicos, en pérdidas de días laborales al año, ya que el promedio de días de estancia hospitalaria, que es de 10 días, hay que agregar los días de incapacidad que requiere la paciente después de ser dadas de alta.

La atención que se les proporciona a estas pacientes durante su internamiento hospitalario requiere un plan de atención de enfermería como el Proceso de Atención de Enfermería, que es un planteamiento para resolver problemas, basados en una reflexión que exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, para cubrir las necesidades del paciente con un plan sistematizado y por escrito de cuidados que fomentara la continuidad de los mismos, lo que crea un ambiente terapéutico y seguro a la paciente, proporcionándole un cuidado individualizado.

El plan de atención antes mencionado, en cuanto a la profesión de enfermería, aumenta la satisfacción en el trabajo, desarrolla la relación enfermera-paciente y estimula la creatividad y las innovaciones en el momento de solucionar los problemas durante la atención de enfermería. El esquema de atención de Virginia Henderson, es perfectamente aplicable en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, y será utilizado en este trabajo sobre la Enfermedad

de atención de enfermería, y será utilizado en este trabajo sobre la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, que para su comprensión será estructurado con tres capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Los capítulos I, II y III, se refieren a los datos generales del trabajo, que incluye el marco teórico del Proceso Atención de Enfermería, la metodología que se seguirá en el trabajo y la aplicación del proceso atención de enfermería en cada una de sus etapas e incluirá un plan de alta para la paciente.

Al final, se incluyen las conclusiones del trabajo, glosario de términos, la bibliografía que sustenta el trabajo y como anexo la Fisiopatología de la enfermedad inflamatoria pélvica.

OBJETIVOS.

GENERALES.

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, con el modelo de Virginia Henderson, para proporcionar atención integral y específica a una paciente con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, extendiendo esta atención hasta el ámbito familiar de la paciente..

Identificar las necesidades Biológicas, Psicológicas, Sociales y Espirituales de una paciente con enfermedad Inflamatoria Pélvica, mismas que seran cubiertas a través del Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS

Modificar conductas específicas en una paciente con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, con respecto a: educación higiénica, actividad sexual, dietas, ejercicios, medicamentos etc.

Satisfacer las necesidades de atención de enfermería que requiere una paciente con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, para que esta alcance su independencia máxima dentro de sus limitaciones, para poder reintegrarse a su vida normal..

Analizar con la paciente, la importancia de seguir estrictamente el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, con el fin de evitar recidivas por esta enfermedad .

I. MARCO TEÓRICO.

1.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de atención de enfermería, es un sistema de planeación en ejecución de los cuidados de enfermería que se basa en principios y en el método científico.

En los años sesentas, surge una propuesta para la conformación del Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). En 1967 Yura y Walsh, escriben el primer libro en donde se definen sus cuatro componentes básicos: Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. A mediados de los años sesenta, Bloch, Ray, Mundinger, Jauron y Aspinall añadieron la fase de Diagnóstico, conformándose con ésta, cinco fases.

“El proceso de enfermería puede ser definido de acuerdo con tres indicadores principales: Objetivos, Organización y Características”(1)

1 Iyer W. Patricia Et-all “El Proceso de Enfermería” Editorial Interamericana Mc-Graw Hill 2/a. Edición en Español Pag. 11 España 1993.

1.2 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El objetivo principal de PAE. es formar una estructura que cubra las necesidades del paciente, la familia y la comunidad de manera individualizada. Esto implica la existencia de una relación de interacción entre la enfermera y el paciente, con la participación de ambos en el proceso. Todo esto para alcanzar los objetivos finales de los cuidados de enfermería que son:

- Promover, mantener, o restaurar la salud. o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad, y a un costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.”(2)

(2) Alfaro-Lefevre Rosalinda “Aplicación del Proceso de Enfermería”. Edit. Mosby España 1997.

1.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Esta constituido por cinco pasos secuenciales e interrelacionados a saber:

VALORACIÓN.

DIAGNÓSTICO.

PLANEACIÓN.

EJECUCIÓN.

EVALUACIÓN.

1.3.1 VALORACION.

En esta primera etapa, se lleva a cabo la recolección de los datos del paciente, familia y comunidad sobre los problemas de salud, e inicia desde la admisión del paciente a las unidades hospitalarias, en esta etapa la enfermera utiliza técnicas que le proporcionaran los datos necesarios en forma sistematizada para el diagnóstico y la elaboración del plan de atención de enfermería; estas técnicas son: LA ENTREVISTA, OBSERVACIÓN Y EL EXAMEN FÍSICO y conchrye con la documentación de la información obtenida en LA HISTORIA

CLINICA, esta etapa es muy importante porque constituye la base de las siguientes etapas del proceso de atención de enfermería.

Técnicas e instrumentos de investigación utilizados;

- a.- Entrevista.
- b.- Observación.
- c.- Exploración física
- d.- Historia clínica.

a. *Entrevista.*

Con esta técnica se podrán recopilar los testimonios orales de la paciente y sus familiares.

“Esta técnica de captación de datos, se refiere a un encuentro previsto entre el o los investigadores y la o las personas a investigar” (3)

La entrevista permite obtener información mediante la comunicación verbal, en donde el Investigador puede sugerir o proponer hechos o circunstancias que impidan la divagación del investigador.

(3)Luis Vázquez Camacho “El método científico en la investigación en ciencias de la salud”. Pág. 110. México 1989.

Tipos de Entrevista:

No estructurada: Tiene un marco de flexibilidad dentro del cual se puede mover la entrevista facilitando la sencillez, espontaneidad y accesibilidad de entrevistador y entrevistado.

Estructurada: En esta técnica se cuenta con instrumentos de captación, por tanto resulta mas precisa, concreta y objetiva.

Cuando se estructura una entrevista, se aconseja que esta tenga una secuencia lógica en las preguntas, que sea intencionada, de tal manera que resulte objetiva y permita respuestas concretas.

b. Observación.

Por medio de la técnica de observación, se podrán detectar los problemas del paciente y elaborar los diagnósticos de enfermería.

En esta técnica el observador acumula datos de un fenómeno, tal como sucede en la naturaleza, sin quitarle ni ponerle nada, por lo tanto sin participar en el fenómeno, es decir se trata de una actividad contemplativa, pasiva, como su nombre lo dice el investigador solo observa.

“Observación es el registro sistemático de lo que vemos y oímos”.

La observación se clasifica en: Estructurada y No estructurada

Estructurada: Aporta datos especificados y precisos, se realiza sobre un listado de actividades que el investigador desea observar según los intereses de su investigación

No estructurada: es una técnica exploratoria que sacrifica su especificidad, el procedimiento es abierto y sin listas de cotejo que permitan la comparación.

Según el papel del investigador: Participante y no participante.

Según el número de observadores: En equipo e individual.

Según la situación del observador: Real o natural y artificial o de laboratorio. (4)

Para mejorar la calidad y orden de las observaciones, se recomienda el auxilio de una guía de observación o cédula; en la que el observador establece lo que le interesa investigar, evitando así el registro de datos sin importancia técnica, esta guía permitirá efectuar una observación efectiva, ordenada y concreta.

(4) Luis Vázquez Camacho. Op.cit.pag.107

c. Exploración Física

Después de una historia clínica completa o relacionada con el problema se lleva a cabo la exploración física total o parcial, este examen se lleva a cabo en forma sistemática cefalocaudal, de manera de cubrir todos los sistemas y porciones del organismo.

Al examinar cada región hay que considerar las estructuras anatómicas subyacentes, su función y posibles anomalías; para descubrir los datos se utilizan las siguientes técnicas de exploración:

- Inspección.
- Palpación
- Percusión.
- Auscultación.

Inspección

Es una técnica de observación organizada de la conducta y cuerpo del paciente, se inicia desde el primer contacto con el paciente y cada fase de exploración se inicia observando la región en particular, entre las observaciones generales que deben anotarse en la exploración inicial del enfermo esta: La postura,

la estatura, la nutrición, los movimientos corporales, las características del lenguaje y la temperatura corporal.

Palpación.

En esta técnica se incluye el tacto de la región o parte del cuerpo que se observa y anotando cómo se sienten las diversas estructuras, es importante diferenciar las variaciones normales de las anormales, esta técnica se llevará a cabo en forma organizada de una región a otra.

La palpación es básica en la exploración física para explorar con la mano aquellas partes que no son visibles, entre ellas están los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos, tiroides, órganos del abdomen, pelvis y recto.

Percusión.

La percusión se determina en los tejidos subyacentes en movimiento, la percusión ayuda a establecer si están llenos de aire o líquido o si son sólidos.

Con la percusión se producen ruidos audibles y vibraciones palpables que puede distinguir el explorador. Hay cinco notas básicas producidas por la percusión que pueden diferenciarse por la calidad del sonido, el tono, su duración e

intensidad que son los siguientes: plana, mate, resonante, hiperresonante y timpánica.

Auscultación.

Este método utiliza un estetoscopio y el sentido de la audición para interpretar los sonidos del cuerpo. El estetoscopio no tiene la necesidad de amplificar los sonidos pero los canaliza y con ello permite que el ruido fisiológico pueda ser captado mejor para su valoración crítica. Los ruidos fisiológicos pueden ser normales o patológicos y algunos ruidos normales pueden ser distorsionados por las alteraciones de estructuras por las cuales debe cursar el sonido a su paso por el pulmón que ha sufrido consolidación, como en el caso de neumonía lobar.

d. Historia Clínica.

En este instrumento se podrán obtener los datos más importantes de el padecimiento específico y general, y del estado psicológico y socioeconómico del paciente, para definir y jerarquizar sus problemas.

1.3.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería, definición de la NANDA (NORTH AMERICAN NURSSING DIAGNOSIS ASSOCIATION) : El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o problemas sanitarios reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona las bases para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería” (5)

En esta etapa, los datos obtenidos en la valoración determinaran las necesidades que requieren ser reforzadas cuando sea puesto en practica el plan de atención de enfermería; también se determinaran que problemas puede resolver la enferma en forma independiente, interdependiente y dependiente.

BASES PARA LA FORMULACION DE DIAGNÓSTICOS.

a.- Cuando el diagnostico que se pretenda formular es un diagnóstico real, se anunciara escribiendo el nombre o etiqueta diagnóstica relacionado con la

(5) Beare Myers. “Enfermería Médico Quirúrgica” Edit.Mosby-Doyma 1/a.Edición de la 2/a. del España

etiología o factor relacionado contribuyente y **manifestado** por las características definitorias mayores y/o menores observadas.

b.- El diagnóstico identificado se define como un **diagnóstico potencial**, la forma de enunciarlo sería citando primero el **nombre o etiqueta diagnóstica** precedido por la palabra **“potencial”** y **relacionado** con la etiología o factor relacionado contribuyente.

c.- En el caso de considerar un **diagnostico posible** la forma correcta de enunciarla será estando primero el **nombre o etiqueta diagnóstica** precedida de la palabra **“posible”** y **relacionado** con la etiología o factor relacionado contribuyente (6)

FORMATO P.E.S.

Los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería que han recibido el nombre de formato P.E.S. tiene tres componentes: El problema sanitario (P), los factores etiológicos o relacionados (E) y las características o grupos de signos y síntomas que lo definen (7)

(6) Fernández Ferrin Carmen “El proceso de atención de enfermería estudio de caso” Edit. Ediciones Científicas Barcelona 1993.pag.45.

(7) Gauntlett, Patricia y Myers Judith “Enfermería Médico Quirúrgica” Volumen I 2/a.Edición Adaptación de Susana Salas y Ma. Teresa Alzagas Edit.Mosby-Doyma España Pag.62.

1.3.3. PLANIFICACION.

En esta etapa se desarrollara el plan de acción, que la enfermera implementara después de recolectar los datos del paciente para organizarlos y elaborar los diagnósticos de enfermería; y consta de varios puntos:

- Establecer prioridades.
- Establecer objetivos a corto y largo plazo.
- Redactar protocolos de atención.
- Documentación del plan de cuidados (anotar un plan de cuidados individualizado).

“PROPOSITOS DEL PLAN DE CUIDADOS:

- Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.
- Dirigir los cuidados y las anotaciones de los mismos.
- Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación de”⁽⁸⁾

(8) Alfaro/Lefevre.Op.cit.pag.129.

1.3.4. EJECUCIÓN.

En esta etapa se llevan a cabo las actividades o cuidados de enfermería establecidas en el plan de atención, asimismo durante estos cuidados se continua recopilando datos e “implica las siguientes actividades:

- Valorar el estado actual de salud del paciente.
- Realizar la intervención y actividades prescritas durante la fase de planeación.
- Seguir valorando al paciente. Comunicar y anotar:
- Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional. (9).

1.3.5. EVALUACIÓN.

Es la última etapa del proceso de enfermería. ”Es un proceso continuo para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos.

La enfermera valorará los progresos del paciente, toma medidas correctoras si hace falta, y revisa el plan de cuidados de enfermería.(10)

La enfermera y el paciente deben especificar si el plan ha sido eficaz y si se

(9) Alfaro/Lefevre.Op.cit.pag.4.

(10) Iyer W. Patricia et-all.Op.cit.pag.12

debe hacer algún cambio. Asimismo la enfermera debe responder a las siguientes preguntas: Si ha aparecido algún problema nuevo; si han alcanzado los objetivos fijados durante la fase de planeación; si se han logrado los objetivos parcialmente o en absoluto.

1.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso atención de enfermería tiene seis características:

FINALIDAD.

SISTEMÁTICO.

DINÁMICO.

INTERACTIVO.

FLEXIBLE.

POSEE UNA BASE TEÓRICA.

FINALIDAD: Porque se dirige a un objetivo.

SISTEMÁTICO: porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo.

DINAMICO: Porque responde a un cambio continuo.

FLEXIBLE: Se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos grupos o comunidades y sus fases pueden utilizarse sucesivas o conjuntamente.

POSEE BASES TEORICAS: Porque ha sido gestado a partir de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.5 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es aplicable a todas las etapas del proceso de atención de enfermería como a continuación se anota:

- a.- En las etapas de Valoración y diagnóstico, dirige la recolección de datos y se elabora el análisis y síntesis de los mismos para determinar:
- El grado de independencia y dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades establecidas por Virginia Henderson.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
- b.- En las etapas de Planificación y ejecución se formulan los objetivos de independencia basados en las causas de dificultad detectadas y se establece la intervención de enfermería más adecuada a la situación, y se determinan las actividades a realizar.
- c.- En la etapa de Evaluación el esquema propuesto por Henderson ayuda a

Determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados; a partir de la implementación del plan de cuidados, todo esto encaminado a ayudar al paciente a alcanzar su independencia dentro de sus capacidades y recursos.

Las 14 necesidades básicas o requisitos que se deben satisfacer para mantener la integridad física y psicológica que son comunes a todos los individuos y promueven su crecimiento y desarrollo propuestos por Henderson son los siguientes:

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener buena postura
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de La Piel.
- 9.- Necesidad de evitar peligros.

10.- Necesidad de comunicarse.

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores

12.-Necesidad de trabajar y realizarse.

13.-Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

14.- Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todas las personas, y cada una de estas tienen la habilidad y capacidad de satisfacerlas de maneras diferentes para crecer y desarrollarse a lo largo de sus vidas; las personas para satisfacer estas necesidades básicas están determinados por los aspectos Biológicos, Psicológicos, Socioculturales y Espirituales inherentes a cada persona y cualquier modificación de alguna modifica las restantes; el análisis de cada una de las necesidades que interrelacionadas servirán para valorar al individuo como un todo; se llevara a acabo en la recopilación de datos durante la etapa de valoración y posteriormente a esta, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios determinados por Henderson, de Independencia y de Dependencia.

CONCEPTO DE INDEPENDENCIA: Puede ser definido como la capacidad de las personas para satisfacer por si mismas sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.(11).

CONCEPTO DE DEPENDENCIA: Puede ser considerado como una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por una persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.(12).

II. METODOLOGÍA.

Para llevar a cabo este trabajo de proceso atención de enfermería de la Enfermedad Inflamatoria pélvica, se utilizara el modelo teórico de Virginia Henderson.

El esquema de Virginia Henderson es perfectamente aplicable a todas las etapas del proceso atención de enfermería, además de que cuenta con la ventaja de que la taxonomía de la NANDA es compatible en la estructuración de los diagnósticos de enfermería y además utiliza un lenguaje comprensible y sencillo. Henderson toma al ser humano como único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen las necesidades básicas o requisitos que se deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento. Se llevará a cabo cada una de las etapas que son:

2.1 ETAPA DE VALORACIÓN: En esta etapa se selecciono una paciente de 26 años, que ingreso a la sala de Ginecología del Hospital Central militar con el diagnóstico de Enfermedad inflamatoria pélvica. Se llevo a cabo la

recolección de los datos de la paciente por medio de fuentes directas e indirectas a través de:

- La observación
- Entrevista.
- Exámen Físico de Enfermería.
- Historia Clínica de Enfermería.

Con los datos obtenidos se elaboró la historia clínica; también fue utilizada una guía para identificar y anotar las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas del paciente que ingresa con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica , asimismo se valoraron el estado de cada necesidad, tomando en cuenta los factores que influyen la satisfacción de estas necesidades que incluyen los factores Biofisiológicos, psicológicos y socioculturales, y para seleccionar los diagnósticos de enfermería del estado actual del paciente y que servirán de guía de atención durante toda la estancia hospitalaria de la paciente.

La historia Clínica de Enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Con los datos obtenidos en la valoración se elaboraron los Diagnósticos de Enfermería, considerados como: una conclusión basada en principios científicos e indica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería”.⁽¹³⁾

2.3 ETAPA DE PLANEACIÓN

En esta etapa se formularon los Objetivos de Independencia en base a la dificultad detectada en la paciente y se determinó el modo de intervención de enfermería más adecuada a la situación de la misma.

Se elaboró un formato en el que se especificaron los diagnósticos de enfermería y se establecieron las intervenciones específicas que ejecutó la enfermera (Plan de cuidados) En este plan de cuidados se describen las principales acciones de enfermería que se proporcionaron al paciente, de acuerdo a las necesidades detectadas y los que requirió cada diagnóstico de enfermería.

2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.

Se llevo a cabo el plan de atención de enfermería verificando que los cuidados se realizarán como estaba planeado para alcanzar los objetivos establecidos.

(13). García Albarrán y Mata Cortes. “Proceso atención de enfermería” Antología UNAM, pag.44.

2.5 ETAPA DE EVALUACIÓN.

Se elaboró un instrumento de evaluación en el que se describen los niveles de independencia mantenidos o alcanzados en la ejecución del plan de cuidados, ayudando al individuo a conseguir su independencia máxima en la situación de las necesidades lo mas rápido posibles. Si el resultado ha sido positivo se considera el desarrollo del proceso como correcto y hubo necesidad de revalorar resultados negativos para fortalecerlos.

Cuando la paciente fue dada de alta se elaboró un plan de alta en donde se incluyo los principales cuidados de enfermería y recomendaciones medicas que tuvo que continuar observando la paciente durante su convalecencia en su domicilio.

A la paciente se le hizo un seguimiento después de ser dada de alta y se llevo a cabo una visita domiciliaria, para comprobar su estado socioeconómico familiar y constatar que continuo con los cuidados de enfermería recomendados y para fortalecer los mismos. Esta evaluación se considero concluida cuando la paciente regreso a consulta externa de control en sus próximas seis semanas después de haber sido de alta hospitalaria, en donde se evaluó y fue dada de alta definitiva.

III. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACION DEL CASO.

Fecha de ingreso: 16 de Mayo de 1997 08:00 hrs.

SUBJETIVO: Se trata de paciente femenina de 26 años de edad, que ingresa a las 01.00 hrs. Del día 16 de mayo a urgencias de Adultos y refiere iniciar su padecimiento actual hace tres días con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad el cual fue tratado con analgésico común sin mejoría, evolucionando tórpidamente el día de ayer, presentando dolor atípico de gran intensidad tendiente a la continuidad irradiando en forma difusa en todo el hemiabdomen inferior, con predominio a FID sin desencadenantes aparentes, acompañado de náuseas, ataque al estado general, hipertermia, disuria tratada por facultativo como infección urinaria mediante Panclasa, Bactlam y nitrofurantoína sin presentar mejoría por lo que acude a este servicio.

SUBJETIVO: T.A. 120/70 F.C. 76 F.R. 22 TEMP. 38.4 °C

La paciente presenta abdomen agudo, que se penso secundario a apendicitis aguda complicada por el cuadro y evolución, también se penso en la posibilidad de

embarazo ectópico, sin poder descartar hasta ese momento de que se trataba de enfermedad inflamatoria pélvica. La paciente ameritó tratamiento quirúrgico de urgencia por lo que se realizó laparotomía exploradora, encontrando la apéndice cecal con características normales y hacia la pelvis una zona indurada que involucra a la trompa uterina y el ovario derecho eritematoso, con natas fibrinopurulentas en su superficie, concluyendo que se trata de un absceso tubo-ovarico derecho de 3x4 cm. no roto, se revisa la cavidad abdominal sin encontrar datos de patología.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: ABDOMEN AGUDO POSIBLE

APENDICITIS COMPLICADA.

CIRUGÍA: LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: ABSCESO TUBO-OVARICO

DERECHO NO ROTO DE 3X4 CM.

La paciente pasa a hospitalización a la sala de Ginecología.

3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

La valoración es la primera etapa del proceso atención de enfermería y en esta se lleva a cabo la recolección de los datos del paciente, familia y comunidad, sobre los problemas de salud e inicia desde la admisión del paciente , en esta etapa la enfermera utilizará técnicas que le proporcionarán los datos necesarios en forma sistematizada para el diagnóstico y la elaboración del plan de cuidados del paciente. Estas técnicas son: La observación, la entrevista y el examen físico y concluye con la historia clínica; esta etapa constituye la base de las siguientes etapas del proceso que se llevarán a cabo en este trabajo.

3.2.1 OBSERVACIÓN.

FACTORES DE OBSERVACIÓN.(14)

ESTADO MENTAL

Estado de conciencia

Alerta y con una respuesta

al medio ambiente

Orientación

ESTADO EMOCIONAL.

Reacciones emocionales.

Estado de ánimo: preocupado presencia rápida

de ansiedad

Defensa contra la ansiedad.

(14) Marriner Ann "El proceso atención de enfermería, un enfoque científico2". Edición traduc. Dr. Alfonso Tellez. Edit. Manual Moderno Mexico. 1990. pag. 46.

En tiempo, lugar y persona.	Identificación, racionalización
Capacidad intelectual	Imagen corporal
Normal.	
Nivel de educación	Se adapta a la realidad de las demandas.
Primaria.	
Capacidad para recordar	Capacidad para relacionarse con los demás:
sucesos recientes y pasados:	la familia, con otros pacientes, con los
recuerda todo.	Miembros del equipo de salud.
Nivel de atención:	Percepción sensorial:
Normal pone atención	Audición: sensibilidad al sonido.
Nivel de vocabulario:	Tono de voz con que distingue los sonidos
Usa siempre palabras simples.	moderados a cualquier distancia.
de uso cotidiano.	
Capacidad para comprender	Gusto:
Ideas.: Comprende los	Distingue todos los sabores.
Problemas de salud.	
Presencia de alteración parcial	Capacidad motora:

a los sonidos: Movilidad: deambula, se sienta en su
cama sin asistencia.

Visión Postura: de pie.

Agudeza total bilateral Grado de movilidad: activa

Tipo: fotofobia bilateral

Habla: Marcha: No se sostiene por el dolor.

Posee expresión sonora: no Equilibrio: normal.

Tacto: Tono muscular: Normal

Ligero hormigueo en manos y parálisis: No

Pies.

Olfato: Normal.

3.2.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.

DATOS PERSONALES.

Nombre: María del Carmen Hernández Ruiz.

Edad: 26 años.

Sexo: Femenino.

Estado civil : Casada.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES.

Raza: Blanca.
Religión: Católica.
Ocupación: Ama de casa, ayudante doméstica ocasional.
Idioma: Español.
Nivel de educación: Primaria.

ESQUEMA DE VALORACIÓN DE DATOS BÁSICOS EN EL ADULTO

PATRON DE PERCEPCIÓN.

a).-¿Como describiría su salud en general?

Excelente buena x normal pobre

¿Cómo describe su salud en este momento?

Excelente buena normal pobre X

Prácticas sanitarias diarias del individuo: Cuidado dental y aseo de manos antes y después de las comidas y cuando va al baño.

Ingesta de alimentos: Desayuno, comida y cena.

Ingesta de líquidos: Jugo, agua, incrementada la ingesta de refrescos y disminuida la de leche.

Uso de tabaco: no Alcohol: ocasional.

Sal, azúcar y productos grasos: Ingesta moderada.

Fármacos: (Tomados por su cuenta, prescritos): únicamente analgesicos.

Conocimiento de medidas de seguridad:

Control de incendios: si Control de toxicos: si

Seguridad en el agua: si Seguridad en niños: si.

Conocimiento de la enfermedad y conducta preventiva:

Enfermedades específicas: infecciones de las vias respiratorias, enfermedades de la infancia. Cardiopatias: no.

¿Que hace para mantenerse sano y para prevenir las enfermedades en si mismo y en sus hijos?

Nutrición adecuada: si Control de peso: si.

Programa de ejercicios: no.

Autoexamen de mamas: lo desconoce.

Exámenes profesionales ginecologicos y dentales: cada vez que presenta algún problema. Preventivamente nunca asiste.

Vacunaciones: la del tetanos cada cinco años.

b).-Historia del desarrollo.

Historia familiar.

Abuelos maternos: Vivos con enfermedades y tratamientos.

Abuelos paternos: Vivos con padecimientos controlados.

Madre: Viva de 52 años de edad con diabetes mellitus controlada.

Padre: Vivo de 60 años sano aparente.

Cónyuge: Vivo de 28 años sano aparente.

Hijos: Uno vivo de cinco años sano aparente.

Hermanos: Cinco vivos sin problemas aparentes.

c).- Percepción de la salud.

Razón y expectativas de la hospitalización y experiencias previas, describa su enfermedad:

Causa: La desconoce.

Aparición: Dolor en bajo vientre desde hace 10 días aproximadamente, que se incrementa hace tres días por lo que acude a consulta, siendo tratada como infección urinaria, le dan medicamentos pero el dolor no cede por lo que acude a urgencias el día del internamiento.

¿Qué tratamientos o practicas han sido prescritos?:

Dieta: Baja en calorías, sal y grasas.

Perdida de peso: No.

Medicamentos: nitrofurantoína y analgésicos.

Ejercicio: caminata diario.

¿Ha sido capaz de seguir las instrucciones prescritas?: no

¿Ha experimentado algún problema para cuidarse así misma?: si

Problemas de movilidad: no Deficiencias sensoriales: ninguna.

¿Hay algún problema que pueda contribuir a caídas o accidentes?: No

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO.

¿Cuál es la ingesta normal diaria de alimentos (comida, aperitivos):

Raciones normales, exentas generalmente de postre.

¿Cuál es la ingesta de líquidos?: de cuatro a seis vasos de agua simple y/o refresco.

¿Cómo es su apetito?: Excelente, prefiere no comer nada entre comidas.

Nauseas: ocasionalmente en los últimos días Vómitos: no

¿Cuáles son sus restricciones y preferencias en alimentación?:

Restringe pescado y mariscos prefiere los antojitos.

Ha variado de peso en los últimos tres meses: No.

¿Toma algún tipo de complemento alimenticio o vitaminas?: Si

¿Por qué toma complementos alimenticios y vitaminas?:

Porque es de complexión delgada y dice tener anemia.

¿Cuál es el estado de su piel?:

Color : moreno Temperatura: normal Turgencia: normal

Lesiones: no Resequedad: no Edema no.

PATRON DE ELIMINACIÓN.

Vejiga:

Existe algún problema o queja con el patrón de micción: no.

Oliguria: no Disuria: no Hematuria: no Retención: no.

Intestino:

¿Cuál es la hora habitual, frecuencia, color y consistencia?. Después de la comida, cada 48 hrs. Aproximadamente, de consistencia dura, color amarillo oscuro creo que normal. Estreñimiento: Si.

PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO.

Describe las actividades normales diarias/semanales:

Trabaja de 09 a 13 hrs. De lunes a sábado.

¿Existe alguna limitación en su capacidad?: no

Deambulación: no Bañarse: no Vestirse: no

PATRON DE REPOSO SUEÑO.

¿Cuál es su patrón de reposo sueño?:

Hora de acostarse: a las 22 ó 23 hrs. Duerme de 7 a 8 hrs.

Rutinas del sueño: Se duerme inmediatamente al acostarse, sin despertarse durante la noche, no tiene dificultad para dormir.

PATRON COGNOSCITIVO CONCEPTUAL

Algunas deficiencias en la percepción sensorial (audición, vista, tacto, olfato): si
sensibilidad al dolor. Es capaz de leer y escribir: Si

PATRON DE AUTOPERCEPCIÓN.

¿qué es lo que más le preocupa?: Su familia y su salud.

¿Cuáles son sus objetivos de salud actuales?:

Curarse de su enfermedad actual y evitar secuelas ya que desea tener más hijos.

¿Cómo se describe a si misma?:

Como una persona normal, insatisfecha por que el trabajo de su esposo, no le proporciona lo suficiente para vivir bien, ya que desea tener una casa propia, desea estudiar para poder trabajar y para poder enseñarles cosas positivas a sus hijos, ya que desea tener dos más. Dice ser muy sencilla y trabajadora, generalmente no falta a su trabajo como domestica, desea ahorrar dinero.

PATRON DE ROL RELACIÓN.

Comunicación.

Valora la capacidad de expresarse y entender a otros: si.

¿Qué idioma esta hablando? Español. El discurso es claro: S

Relación:

Vive sola: no. ¿Con quien vive?: Con su esposo, su hijo y sus suegros Valorar la vida familiar (miembros, nivel educacional, trabajo). Su familia la integran su esposo, los padres de este, su hijo de 5 años y eventualmente los hermanos de su esposo, su nivel educacional es la primaria; tiene interacción con vecinas con quien realiza actividades en grupo y con personas cercanas a su domicilio a

quienes ayuda en los quehaceres domésticos únicamente por las mañanas y para ayudar al gasto familiar.

Tiene alguna queja: si las estadas eventuales de los familiares de su esposo incrementan el gasto familiar.

No refiere conflicto con sus padres, su pareja etc.

PATRON SEXUAL-SEXUALIDAD.

Ha habido o prevee un cambio en sus relaciones sexuales a causa de su enfermedad: Ha tenido dolor durante sus relaciones sexuales en los últimos días y tiene miedo de que con esta enfermedad sufra alteraciones y que se incremente su dolor, comenta que le dan miedo las relaciones sexuales. Valorar el conocimiento de su función sexual:

La paciente conoce la importancia de las relaciones sexuales para la procreación y el placer de la pareja, pero desconoce la anatomía de sus órganos genitales y la función de estos, asimismo los de su pareja.

PATRON DE CONTROL DE ADAPTACIÓN-ESTRÉS.

¿Cómo toma las decisiones (solo, con ayuda de quien)?

Con la ayuda de su esposo y de sus padres.

¿Ha habido alguna pérdida en su vida el año pasado, cambios, traslados, trabajo o salud?

Presento un aborto espontaneo en enero de 1977, situación que la puso muy deprimida ya que desea tener dos hijos mas; otra situación penosa es en relación a su esposo ya que constantemente lo mandan de comisión y en los últimos 4 meses ha permanecidos en Chiapas trabajando.

¿Qué le gusta de si misma?:

Que es una mujer que se considera muy trabajadora, ya que no le interesa trabajar como domestica para ayudar al gasto familiar, también considera que tiene habilidad para trabajos manuales, le gusta tejer, bordar etc. también le gusta saber que todos sus familiares y vecinos la quieren a pesar de que se considera un poco seria.

¿Qué le gustaría cambiar de su vida?.

Le gustaría cambiar su modo de vida, le disgusta vivir en una casa rentada y su máxima ilusión es tener una casa propia, le gustaría estudiar una carrera comercial, para poder realizar ese cambio.

¿Qué hace cuando esta tensa o bajo estrés?

Sale a caminar y busca ayuda con sus familiares y amigas. ¿Qué pueden hacer las enfermeras para proporcionarle más comodidad y seguridad durante su hospitalización?

Desea que las enfermeras le tengan paciencia, ya que generalmente nunca tienen tiempo para platicar con las pacientes y aclararle sus dudas, ella sabe que la atención de enfermería en este hospital es buena pero las enfermeras actúan como autómatas siempre andan corriendo y a ella le da pena en ocasiones pedirles el cómodo u otras cosas.

SISTEMA DE CREENCIAS-VALORES

¿La religión o dios es importante para usted? Si.

¿Cuáles son sus practicas religiosas?: Asiste todos los domingos con su familia a la iglesia a escuchar misa.

¿Han sido desafiadas sus creencias religiosas que desearía durante su hospitalización?: No.

¿Alguna persona o practica religiosa que desearía en su hospitalización?:

Si, le gustaría la asistencia de un sacerdote para recibir la comunión durante su estancia hospitalaria.

3.2.3 EXÁMEN FÍSICO DE ENFERMERÍA. (15)

DATOS PERSONALES.

Nombre: María del Carmen Hernández Ruiz.
Edad: 26 años. Sexo: Femenino.
Estado civil: Casada.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES.

Raza: Blanca. Idioma que habla.....Español
Religión: Católica. Nivel de Educación....Primaria.
Ocupación : Ama de casa y Domestica ocasional.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL.

INSPECCIÓN:

Paciente adulta en la tercera década de la vida, que representa la edad que dice tener, es de complexión delgada, con un peso de 56 kg. Y con talla de 1.55 mts. FC. De 82xmin. FR. 16xmin. y TA: de 120/80; se observa consciente, orientada en sus tres esferas.

(15) Sholtis Brunner Lillian/Smith Suddarth Doris "Enfermería Medicoquirurgica" Edit. Interamericana, 4ª. Edición. México 1983. pag.50/92.

Postura y estatura: Alineación corporal normal, acostada, y sentada ya que en estos momentos la paciente no se sostiene de pie por presentar dolor.; estatura media de 1.55mts.

Movimientos corporales: No se observan movimientos anormales en la paciente.

Nutrición: Paciente de complexión delgada con mucosas moderadamente hidratadas.

Características del lenguaje: Lenguaje fluido, claro, no hay dificultad para comunicarse.

Temperatura corporal: Paciente con temperatura axilar de 37.8°C refiere haber presentado fiebre anteriormente.

Aspecto emocional: Paciente que se observa angustiada y temerosa por su enfermedad.

INSPECCION, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN DE ORGANOS, APARATOS Y CAVIDADES CORPORALES.

- Exploración de la cabeza.

Tamaño de la cabeza: cabeza dolicocefala, de tamaño normal simétrica y sin deformidades.

Cabeza, piel y cuero cabelludo: pelo bien implantado con cabellera abundante, sin presencia de infecciones.

Cara: simétrica, sin alteraciones.

- Exploración del Cuello: Simétrico, no se palpan masas, sin adenomegalia, pulsos carotídeo normales.
- Exploración de los Ojos: Pupilas normorefléxicas, no se observa conjuntivitis, agudeza visual de 20/20.
- Exploración del Oído: Se observan limpios y membranas timpánicas integra.
- Examen de la Boca: Mucosas poco hidratadas, no hay lesiones, se observan caries dentarias de tres premolares.
- Exámen de Tórax y pulmones: se observan simétricos, con movimientos y ruidos respiratorios normales, campos pulmonares limpios y bien ventilados.
- Exploración de las Mamas: mamas sin alteraciones, simétricas y sin deformidades.
- Exploración del Aparato Cardiovascular: Pulsos presentes carotídeos radial y femoral, con frecuencia de 82 por minuto, extremidades con buena coloración, llenado capilar normal; presión arterial dentro de límites normales de 120/70 mmHg; ruidos cardiacos normales, rítmicos.

- **Exploración del Abdomen:** Plano, blando depresible con cicatriz antigua sin alteraciones, refiere dolor a la descompresión metzer-rovsing, psoas obturador positivo en forma franca, ruidos intestinales disminuidos de intensidad y frecuencia.
- **Exploración Rectal:** refiere dolor exquisito en fosa ilíaca derecha, se palpa el útero en retroversión y el resto normal.
- **Exploración Genitourinaria:** a la palpación bimanual refiere dolor intenso a la movilización del cérvix así como anexo derecho, al tacto presenta sangrado transvaginal moderado con secreción fétida purulenta.
- **Examen Neurológico:** Consciente, orientado en tiempo, lugar y persona, el dolor no le permite permanecer en pie, tiene lenguaje fluido y claro, no se observan datos meníngeos, reflejos tendinosos presentes.
- **Examen de las extremidades y del sistema musculoesquelético:**
Extremidades superiores e inferiores simétricas, reflejos osteotendinosos sin alteraciones, pulsos periféricos presentes y de buena intensidad. No se observa edema; llenado capilar normal, no hay cianosis distal.
Movimientos de flexión, rotación e hiperextensión sin alteraciones.

3.2.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: María del Carmen Hernández Ruiz.

Edad: 26 años. Fecha de Nacimiento: 26 de Octubre de 1972.

Sexo: Femenino. Ocupación: Ama de casa, domestica ocasionalmente.

Admisión: 16 de mayo de 1977. Hora: 01.00 hrs.

Procedencia: Urgencias. Fuente de información: Directa.

Fiabilidad: 3. Miembro de la Familia/Persona significativa: Esposo.

ACTIVIDAD- REPOSO.

SUBJETIVO.

Ocupación: eventualmente trabaja como doméstica.

Actividades habituales: Las propias del hogar y lavado y planchado de ropa ajena.

Actividades en el tiempo libre: Caminata y costura y bordado.

Limitaciones impuestas por el problema: adinamia, astenia y depresión.

Sueño: 8 horas diarias. Siesta: No

Ayudas: No. Insomnio: No. Descansado al levantarse: Si

OBJETIVO.

Observación de la respuesta a la actividad: Cardiovascular: ritmos cardiacos rítmicos, resto sin datos patológicos.

Respiratorio: campos pulmonares limpios y bien ventilados.

Estado Mental: Consiente, orientada en las tres esferas.

Valoración Neuromuscular: Masa Muscular/Tono: Presente.

Posición: Transportada en camilla en decúbito dorsal, imposibilitada para mantenerse de pies.

Temblores: No. Grado de motilidad: Normal.

Fuerza: Presente. Deformidades: No se observan.

Otros: No.

ALIMENTOS/LIQUIDOS.

SUBJETIVO.

Dieta habitual: comida rápida. Número de comidas: tres al día.

Ultima comida: a las 20 hrs.

Patrón dietético.

Perdida del apetito: si en los últimos días.

Nauseas/Vómitos: presente náuseas sin llegar al vómito.
Ardor/Indigestión: Negada. Intolerancia alimentaria: No.
Problemas de la deglución: No. Dentadura superior: completa.
Dentadura inferior: Completa.
Peso habitual: 55 Kg. Cambios en el peso: No.
Uso de diuréticos: No.

OBJETIVO.

Peso actual: 54,300 kg. Estatura: 1.55 Mts.
Turgencia de la piel: No. Membranas mucosas: Poco hidratadas.
Hernias/masas: No se palpan. Edema general: Negativo.
Periorbitario: Negativo. Edema postural.....Negativo.
Ascitis: Negativo. Aumento de Tiroides....Negativo.
Distensión de la vena Yugular: Negativo. Halitosis: Negativo.
Estado de los dientes: Presenta caries en cuatro molares.
Aspecto de la Lengua: Deshidratada.
Ruidos intestinales: Disminuidos de intensidad y de frecuencia.
Ruidos respiratorios: Normales. Glucosuria: 90 mgs.

CIRCULACION.

SUBJETIVO.

Historia de:

Hipertensión: Sin datos patológicos.

Problemas cardíacos: Negados. Fiebre Reumática: Negada.

Edema de miembros inferiores: No. Flebitis: No

Cicatrización lenta: No. Claudicación: Por ataque al estado general.

Otros:

Extremidades/Tumefacción: No. Hormigueo: No

Tos/Hemoptisis: No. Cambios en la frecuencia/cantidad de orina: No.

OBJETIVO.

TA 120/70 acostado de pie y sentado no se tomo.

Presión del pulso: Rítmico.

Auscultación: Del latido cardíaco 78 xmin.

Pulso (palpación), carotídeo: 80xmin. Temporal: 81xmin.

Yugular: 78xmin. Radial: 81xmin. Femoral: 82xmin.

Tibial: 82xmin.

Auscultación cardiaca, Enfermedad previa: Niega antecedentes.

Ruidos cardiacos:

Frecuencia: 80 xmin. Soplos: Ausentes.

Distensión de la vena Yugular: Ausentes.

Extremidades:

Temperatura: 36°C. Color: Normal.

Llenado capilar: Normal. Varicosidades: No se observan.

Uñas: Sin anormalidades. Pelo: Abundante y limpio.

Labios: Rosados. Lechos ungueales: Color rosados.

Conjuntivas: Limpias. Esclerótica: Blanca.

Diaforesis: Presente.

DOLOR/BIENESTAR.

SUBJETIVO.

Localización: intenso exquisito en fosa iliaca derecha, dolor a la descompresión metzer-rovsing, psoas obturador positivos en forma franca.

Intensidad del 1 al 10 : 8 Frecuencia: Continuo.

Calidad: Buena. Duración: Desde hace 8 Hrs., dolor intenso continuo.

OBJETIVO.

Muecas faciales: Presente mueca facial de dolor.

Defensa muscular en la zona afectada: Dolor a la descompresión.

Respuesta emocional: La paciente presenta miedo y depresión porque no sabe el motivo de su enfermedad.

Foco localizado: Fosa iliaca derecha que irradia a todo el abdomen.

EDUCACIÓN/APRENDIZAJE.

SUBJETIVO.

Lengua dominante: español. Nivel de educación: Primaria.

Problemas de aprendizaje: Ninguno en apariencia.

Limitaciones Cognoscitivas: Ninguna.

Practicas especiales de cuidado de la salud: Ninguna.

Factores de riesgo familiares:

Niega antecedentes familiares con padecimientos de diabetes tuberculosis, enfermedades cardiacas, epilepsia y enfermedades renales.

Cáncer: Niega antecedentes positivos.

Enfermedades: Ninguna.

Medicamentos recetados: Analgésicos y antisépticos urinarios hace dos días.

Automedicación: No Drogas: Negadas.

Tabaquismo: Negado. Ingesta de alcohol: Ocasionalmente.

Diagnóstico Médico de admisión: Presenta abdomen agudo el cual puede ser secundario a apendicitis aguda complicada Vs. Embarazo Ectópico, EIP que amerita tratamiento quirúrgico de urgencia.

Motivo de la Hospitalización: Dolor abdominal, ataque al estado general.

Expectativas de la paciente sobre esta hospitalización: Paciente muy temerosa por el dolor intenso que presenta, ya que el médico no le ha dicho que tiene, ni cual será su tratamiento, esto ocurrió en los siguientes 30 minutos en que fue valorada nuevamente.

Enfermedades Previas y/o Hospitalizaciones/Intervenciones quirúrgicas:

Dos encames previos, uno por cesárea por falla en la progresión del trabajo de parto, y otro por aborto espontaneo del cual fue sometida a legrado uterino instrumental.

Último examen clínico completo: Hace tres años.

ELIMINACIÓN.

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales normales: Evacua cada dos días.

Uso de laxantes: Eventualmente.

Aspecto de las heces: Color y consistencia normales.

Última evacuación : Hace 24 horas.

Historia de hemorragia: Hace tres años con aborto espontaneo.

Hemorroides: negativas. Estreñimiento: Si

Diarrea: No hay. Hábitos urinarios habituales: Normales.

Frecuencia: 6 a 8 veces al día. Incontinencia: No hay.

Micción imperiosa: No. Polaquiuria: No.

Retención: No. Aspecto de la orina: Color ámbar transparente.

Dolor/Dificultad/ardor/al orinar: Presenta ardor al orinar.

Antecedente de enfermedades renales/Vejiga urinaria: Con tratamiento hace dos días con infección urinaria.

OBJETIVO.

Abdomen sensible: Si

Blando: Si con cicatriz antigua sin alteraciones.

Palpación de masas: No se detectan, la paciente no colabora en la palpación abdominal.

Perímetro: 90 cm.

Ruidos intestinales: Disminuidos de intensidad y frecuencia.

Palpación de la vejiga urinaria: A parecer vacía.

HIGIENE.

SUBJETIVO.

Actividades de la vida diaria: Realiza todas las actividades de aseo personal de manera independiente.

Movilidad: Independiente.

Alimentación: Requiere que le acerquen los alimentos para que ella pueda tomarlos.

Higiene: Refiere buenos hábitos higiénicos personales.

Vestido: Sencillos de acuerdo a la época del año.

Otros :

Momentos preferidos para el baño: Todos los días por la noche.

OBJETIVO.

Aspecto general: Paciente vestida en forma sencilla a pero limpia.

Forma de vestir: Apropiaada. Hábitos personales: Buenos.

Olor corporal: limpio. Estado del cuero cabelludo: Limpio.

Presencia de parásitos: No existen.

INTEGRIDAD DEL YO.

SUBJETIVO.

Comunicación de factores de estrés: Muy angustiada por su padecimiento y por la posibilidad de cirugía y ausencia de sus familiares.

Forma de hacer frente al estrés: Menciona que el trabajo la mantiene siempre ocupada.

Asuntos económicos: Generalmente obtiene trabajos domésticos como lavado y planchado de ropa y lo hace con mucho gusto de esta manera obtiene mas dinero para ayudar al sostén de su casa.

Estado de las relaciones: Son buenas con sus familiares.

Factores culturales.

Religión: Católica. Estilo de vida: Muy tranquila.

Sentimientos de: impotencia ante su enfermedad y le preocupa el cuidado de su hijo de cinco años que ya asiste a la escuela.

OBJETIVO.

Estado emocional: Temerosa y deprimida ante su situación.

Respuesta Filosófica observada: Su confianza en los medicos de este hospital y su fe en dios le ayudaran a superar esta prueba.

INTEGRACION SOCIAL.

SUBJETIVO.

Estado civil: Casada desde hace siete años.

Años de relación: 8 años.

Vive con: Su esposo, hijo y sus suegros, y frecuentemente los familiares de estos llegan a su casa cada vez que vienen a la ciudad de México.

Preocupación/Estrés. Le preocupa el que dejó a su hijo con sus suegros.

Familiares: Viven en el estado de México en Tenango del Valle.

Otras personas que pueden ayudar: Algunas vecinas que viven cerca de su domicilio, ya que la paciente es apreciada por estas.

Rol en la estructura familiar: Es el personaje central de la familia, ya que su

Esposo por ser militar generalmente se mantiene fuera de su domicilio aunque muy cercano, ya que vive en una unidad para familia de militares dentro del campo militar No. 1 durante la mañana ella trabaja pero saliendo de su trabajo pasa a recoger a su hijo a la escuela y permanece el resto del día en su domicilio.

Otras personas que dependan de la ayuda de la paciente: Solo su familia.

Como se organizan en el hogar: Todos participan en las actividades.

Frecuencia de los contactos sociales: cada año asisten a las festividades de su pueblo, con sus familiares cercanos y amistades se reúne con poca frecuencia, sin embargo se reúne mucho con sus vecinas.

Trabaja actualmente: Si.

Habla claro: Si. Inteligible: Si.

Comunicación verbal/No verbal con la familia/Con otras personas significativas: Hay buena intercomunicación con sus familiares sobre todo con una vecina y personas que se acercan a ella.

NEUROSENSORIAL.

SUBJETIVO.

Periodos de lipotimias/vértigo: No.

Cefaleas: No. Convulsiones: No Visión: Es excelente.

Ultimo exámen de la vista: Específicamente nunca le han revisado de la vista, refiere ver en forma excelente.

Oídos:

Perdida de la audición: No.

Ultimo examen auditivo: Manifiesta que nunca lo ha requerido.

Nariz/Epistaxis: No.

Sentido del Olfato: Sin alteraciones.

OBJETIVO.

Estado mental: orientado en el tiempo, espacio y persona, alerta y cooperativo.

Alucinaciones: No.

Emociones : Deprimida por encontrarse encamada.

Somnolienta: No. Comatoso: No.

Cooperativo: muy cooperativo al tratamiento.

Combativo: No.

Memoria reciente: Presente Remota: Presente.

Patrón de habla: Sin alteraciones.

Contenido: Existe congruencia en el contenido de los mensajes que emite.

Reflejos tendinosos profundos: Presentes. Parálisis: No existe.

RESPIRACION.

SUBJETIVO.

Disnea: Presenta disnea leve.

Tos/Espujo: No. Bronquitis: Sin antecedentes.

Asma: No ha padecido. Neumonía Recurrente...Negada.

Tuberculosis/Enfisema: Niega antecedentes.

Exposición a gases nocivos: Únicamente a la contaminación ambiental.

Fumador: Negado. Empleo de ayuda respiratoria: Negado.

OBJETIVO.

Respiración: 22 x min.

Profundidad: Superficial. Simetría: No.

Empleo de músculos auxiliares.

Aleteo nasal: no Ruidos respiratorios: Normales.

Actividad mental/Inquietud: muy intranquila.

Cianosis: negativa. Dedos en palillo de tambor: Negativo.

SEGURIDAD.

SUBJETIVO.

Alergia/Sensibilidad: No refiere.

Alteración previa del sistema inmunológico: No.

Historia de enfermedades de transmisión sexual: No las refiere.

Conducta de alto riesgo: ninguna.

Transfusiones sanguíneas: las niega.

Fracturas/Dislocaciones: Negadas.

Artritis/Inestabilidad de las articulaciones: Negada.

Antecedentes de lesiones/Accidentes: Negadas.

Problemas en la espalda: refiere dolor leve cuando lava mucha ropa.

Cambios en los lunares: No. Crecimiento de nódulos: No.

Expresión de ideas de violencia (Hacia ella misma u otros): No.

OBJETIVO.

Temperatura: 38.4°C. Diaforesis: Moderada.

Integridad de la piel escaras: No.

Erupciones: No. Laceraciones: No. Ulceras: No.

Equimosis: No Vesículas: No Quemaduras: No.

Fuerza general: Normal.

Modo de andar: No se sostiene en pie por el dolor que presenta, pero refiere caminar correctamente cuando antes de esta enfermedad.

SEXUALIDAD.

Actividad sexual disminuida debido al dolor que ha estado presentando en estos últimos días aproximadamente desde hace un mes.

Uso de preservativo: no.

Problemas o dificultades sexuales: No se ha embarazado desde hace tres años sin control de la natalidad, debido a que quiere tener otro hijo.

Cambios recientes en la frecuencia/Interes: Ha disminuido el interes y la frecuencia de las relaciones sexuales, ya que presenta dolor últimamente cuando tiene relaciones.

SUBJETIVO.

Menarquia: Edad 12 años. Duración del ciclo: 28/3.

F.U.M.: 8 de Marzo de 1997, Niega anticoncepción.

Menopausia: No. Hemorragia vaginal: Negada.

Secreción vaginal: Moderada a intensa fétida en los últimos días.

Dificultad en la lubricación vaginal: No.

Intervenciones: Cesárea en 1992; legrado Uterino en 1994.

Empleo de terapia Hormonal/Calcio: No.

Practica de autoexamen de las mamas: Lo desconoce.

Ultimo examen citológico: 1994 con resultado negativo.

Verrugas vaginales/Lesiones: No se observan.

3.2.5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL ESQUEMA DE VIRGINIA HENDERSON.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

Datos de independencia:

Permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normal, sistema cardiovascular sin datos anormales.

Datos de dependencia:

No se observan.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION.

Datos de independencia:

La paciente come diario en casa 3 comidas al día , con calidad y cantidad termino medio, ingiere suficientes líquidos entre agua y refrescos, su talla y peso es adecuado a su edad.

Datos de dependencia:

La paciente presenta deshidratación de mucosa oral, nauseas sin llegar al vómito, desde hace varios días.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Datos de independencia:

Eliminación urinaria 6 a 7 veces al día con cantidad normal, evacua cada 48 horas.

Datos de dependencia:

La paciente presenta ardor al orinar y presenta cambios del hábito intestinal con presencia de estreñimiento y disminución de sonidos intestinales y presencia de distensión abdominal..

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

Datos de independencia:

Tiene una postura adecuada, realiza actividades domésticas todos los días sin ninguna dificultad, camina en promedio de una hora diario .

Datos de dependencia:

La movilidad está disminuida por prescripción de reposo absoluto en cama y dolor de herida quirúrgica, se le permite movilizarse mínimamente dentro de su cama, para mantenerse en buena postura.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos de independencia:

Duerme de 7 a 8 horas diarias, en forma suficiente y satisfactoria.

Datos de dependencia:

Presenta insomnio ocasionado por el dolor después de ser intervenida quirúrgicamente.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos de Independencia:

Viste ropa apropiada para su edad, muy modesta pero limpia.

Datos de dependencia:

No se observan.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Datos de independencia:

La paciente presenta 38.4°C.

Datos de dependencia:

La paciente presenta fiebre ocasionada probablemente por infección de herida quirúrgica.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Datos de independencia:

Baño diario y buenos hábitos higiénicos, se lava los dientes después de cada comida.

Datos de dependencia:

La paciente se encuentra imposibilitada de acceder a la fuente de agua, al retrete, así como para asearse. Motivado por el dolor y por prescripción medica.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Datos de independencia:

Paciente consiente orientada en tiempo espacio y persona, es una paciente segura de si misma, sabe lo que quiere.

Datos de dependencia:

Desconoce el peligro de complicación de no seguir el tratamiento de reposo absoluto durante su estancia hospitalaria.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Datos de independencia:

Organos de los sentidos integros, la paciente escucha con atención

Datos de Dependencia:

Se observa dificultad para comunicarse con los demás, permanece tapada la cara, menciona sentirse triste por no estar con su familia.

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

Datos de independencia:

La paciente es católica y asiste a misa todos los domingos en unión de sus familiares, excepto su esposo.

Datos de dependencia:

Reza con frecuencia y espera que dios le ayude a recuperarse.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Datos de independencia:

Casada desde hace 8 años ,desea mejorar su economía familiar, y dice que si estudia una carrera comercial, podría obtener un buen trabajo.

Datos de Dependencia:

Trabaja como domestica por las mañanas mientras su hijo esta en la escuela desearía estudiar, conseguir un buen trabajo y tener otro hijo.

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

Datos de independencia:

Es muy sociable, se reune con sus amigas, todas las tardes para platicar, la mayoría de sus amigas son esposas de militares que salen de su trabajo muy tarde.

Datos de dependencia:

No se observan.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Datos de Independencia:

Escucha con atención y manifiesta mucho interes por conocer todo lo relacionado con su enfermedad

Datos de dependencia:

No se observan.

3.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.

La paciente después de ser valorada en el servicio de urgencias, fue intervenida quirúrgicamente por medio de una Laparotomía Exploradora y su diagnóstico postoperatorio fue el de absceso tubo-ovárico derecho no roto de 3x3 cm. a continuación pasa a la sala de hospitalización de la sala de Ginecología cama número 6.

Se trata de persona poco adaptada a su situación socioeconómica, con hábitos higiénicos saludables, dinámica, que debido a su padecimiento deberá permanecer en reposo absoluto e imposibilitada para acceder al baño para su higiene personal, asimismo para realizar sus necesidades fisiológicas fuera de su cama por un término aproximado de 10 días, situación que complementada con la lejanía de sus seres queridos , le deprime; el reposo es indispensable para evitar la diseminación potencial de la infección a zonas adyacentes.

La paciente manifiesta el deseo de conocer acerca de su padecimiento, el tratamiento instituido así como las posibles complicaciones con respecto a su capacidad para procrear después de la cirugía; debido a que ha escuchado en forma constante de que se trata de una infección, ha preguntado insistentemente si a su

esposo se le proporcionará tratamiento médico ya que tiene la incertidumbre de que el pueda estar infectado también.

La enfermera tomando en consideración esta problemática, deberá estar preparada para contestar en forma correcta y aclarar las dudas que surjan, asimismo proporcionar educación higiénica y atención integral de enfermería ya que la paciente durante su encame esta imposibilitada para llevar su vida como lo había hecho hasta ahora.

3.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

- 1.- Déficit de volumen de líquidos relacionado con hipertermia e intolerancia a la vía oral caracterizado por Resequead de la mucosa oral sed e ingesta alterada.
- 2.- Estreñimiento relacionado con la actividad física disminuida, inmovilidad falta de intimidad y volumen de ingesta insuficiente caracterizada por la disminución de sonidos intestinales, náuseas y esfuerzo para defecar sin lograrlo.
- 3.-Alteración del patrón del sueño relacionado con cambios ambientales y enfermedad , caracterizado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad y círculos oscuros alrededor de los ojos.
- 4.-Déficit de autocuidado (baño e higiene) relacionado con prescripción medica de reposo absoluto caracterizado por la incapacidad de lavarse el cuerpo, ir al baño y acceder a la fuente de agua.
- 5.- Potencial presencia de Flebitis en miembros inferiores relacionada con cirugía abdominal y prescripción medica de reposo absoluto.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

D SI I NO

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DEFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS, RELACIONADOS CON HIPERTERMIA E INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL-CARACTERIZADO POR LA RESEQUEZADA DE LA MUCOSA ORAL, SED E INGESTA ALTERADA.

OBJETIVO: CORREGIR LA DESHIDRATACIÓN Y LA INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE AL SIGUIENTE DIA DE LA CIRUGÍA DE URGENCIA.

NECESIDAD	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
-Necesidad -Nutrición e hidratación	-Mucosa oral y piel reseca. -sed -oliguria y orina concentrada. -nauseas.	-La deficiencia de volumen de líquidos suele deberse a la pérdida de líquido orgánico o a una acumulación de líquidos en el tercer espacio y el cuadro , se exacerba con la disminución de ingesta de líquidos. -El descenso de volumen circulatorio produce sequedad de mucosa y sed. y es una consecuencia de pérdida de agua y electrolitos. -La disminución del volumen sanguíneo produce oliguria debido a la disminución de la	-Vigilar estado de piel y mucosa: calor humedad y turgencia. -Administrar líquidos parenterales a indicación médica a 125 ml. X hora con solución, mixta. -verificar en forma constante-que los líquidos parenterales fluyan a la dosis indicada. -Iniciar la vía oral con líquidos, incrementando paulatinamente la ingesta de líquidos y alimentos. -Registrar y verificar	-La escasa turgencia cutánea y la resequeza de mucosa y piel pueden indicar deshidratación. -Restablecer el equilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo. -Un incremento o disminución excesiva de líquidos parenterales ocasiona desequilibrio hidroelectrolítico. -se verificará para detectar la	-Mucosa oral hidratada y turgencia cutánea dentro de límites normales. -resultado satisfactorio la paciente presenta ingesta y excreción equilibradas. -Durante la permanencia de líquidos parenterales hubo infiltración de estos; pero si enrojecimiento y probable flebitis ocasionado por la ministración de

	<p>perfusion de los riñones y puede provocar lesión de los tubulos renales.</p> <p>-La infección y tratamiento antibiótico produce náuseas.</p>	<p>la cantidad de orina en cada hora sea superior a 50 ml.</p> <p>-Aplicación de medicamento antihemético para disminuir el reflejo nauseoso e inicie correctamente via oral</p> <p>intra venosa c/8 hs.</p> <p>p.r.n. disminución de factores de riesgo asociados a la náusea.</p>	<p>infiltración de líquidos en tejidos subcutáneos.</p> <p>-se debiera iniciar la via oral con líquidos sin azúcar parenterales para disminuir el reflejo nauseoso ocasionado por saborizantes.</p> <p>-El volumen de orina disminuye en la hipovolemia debido a que el menor volumen plasmático conduce a descenso del flujo sanguíneo renal.</p> <p>-La ministración de medicamentos antieméticos disminuyen el reflejo nauseoso. disminuir factores como olores, comidas etc.</p>	<p>de antibióticos, se tuvo que cambiar de lugar la aguja.</p> <p>-La hoja de control de líquidos parenterales reporta un balance positivo de 300 ml. en 24 hs. considerandose como normal.</p> <p>-Las náuseas no disminuyeron en los siguientes 3 dias cuando la paciente empezo a tomar alimentos mas consistentes.</p>
--	---	---	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

D SI I NO

NECESIDAD: DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD FISICA DISMINUIDA, INMOVILIDAD, FALTA DE INTIMIDAD Y VOLUMEN DE INGESTA INSUFICIENTE CARACTERIZADA POR LA DISMINUCIÓN DE SONIDOS INTESTINALES, NAUSEAS Y ESFUERZO PARA DEFECAR SIN, SIN LOGRARLO DESPUÉS DE SER INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE.

OBJETIVO: DISMINUIR EL ESTREÑIMIENTO Y LOGRAR QUE LA PACIENTE EVACUE PARA DISMINUIR LA DISTENCIÓN ABDOMINAL Y LAS NAUSEAS.

NECESIDAD de eliminación	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para defecar estreñimiento abdominal. -Distensión abdominal. -Ileoparalítico 	<p>-El estreñimiento se debe a una disminución de la movilidad gastrointestinal y suele ser consecuencia de la administración de analgesicos o de alteración de la ingesta dietética.</p> <p>-Ocasionado por ileoparalítico.</p> <p>-El ileoparalítico consiste en la disminución o ausencia de peristaltismo. todas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta de alto residuo -ministración de laxantes. -fomentar la ingesta de líquidos. -aplicación de sonda nasogástrica -posición semifowler. -valorar los sonidos intestinales. -avisar al médico si los ruidos intestinales no retornaron en 6 o 10 hs. o si no evacua en los próximos 2 ó 3 días. 	<p>-Una dieta alta en fibra estimula el peristaltismo.</p> <p>-Evitar que se desmolde el estreñimiento grave o se produzca impactación fecal.</p> <p>-Para mantener patrones intestinales y promover una buena consistencia de las heces.</p> <p>-disminuir la distinción</p>	<p>-La paciente tiene una historia de estreñimiento crónico en el.</p> <p>En el postoperatorio presento disminución de ruidos penstalticos y probable ileoparalítico se suspendió la via oral y con la aplicación de sonda nasogastrica disminuyó la distinción abdominal.</p> <p>-Se inicia</p>

		<p>las cirugías abdominales acompañadas de un cierto ileoparalítico recuperándose gradualmente la movilidad intestinal a lo largo de varios días.</p>	<p>-proporcionarle el comodo e intimidad durante la evacuación.</p>	<p>abdominal y el vómito. -Esta indicada la posición de semifowler para que por gravedad se evite la disminución de la infección inflamatoria pélvica. -La presencia de sonidos intestinales indica el retorno del peristaltismo. -La ausencia de deposición puede indicar obstrucción. -La intimidad y la sensación de normalidad puede promover la relajación que favorece la deposición.</p>	<p>posteriormente la vía oral con líquidos paulatinamente se aumento su dieta y con la ministración de laxantes logra evacuar al 4/o. día y así disminuyo su molestia, fue muy importante el proporcionarle intimidad asignandole a la paciente 1 hora determinada para el efecto y ella estableció que fuera por la noche.</p>
--	--	---	---	---	---

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

DSI I NO

NECESIDAD: DE DESCANSO Y SUEÑO
DIAGNOSTICO: ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO RELACIONADO CON CAMBIOS AMBIENTALES Y ENFERMEDAD ; CARACTERIZADO POR QUEJAS VERBALES DE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO E IRRITABILIDAD.

OBJETIVO: EL PERSONAL DE ENFERMERIA INSTAURARA MEDIDAS PARA FAVORECER QUE LA PACIENTE DUERMA BIEN Y DESPIERTE CON UNA SENSACION DE DESCANSO.

NECESIDAD	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
-Necesidad de descanso y sueño	-Manifestación de la paciente de presentar: -insomnio. -Dificultad para dormir. -Cansancio. -Ansiedad.	-El origen de algunos tipos de insomnio radica en la hiperactividad del sistema reticular activador; y la alteración funcional del neurotransmisor serotonina, alteraciones ambientales, estres y sintomas físicos, como el dolor, disnea ó fiebre. -Una persona pasa típicamente por cuatro o cinco ciclos completos de sueño cada noche, el despertarse durante un ciclo puede hacerle no sentirse bien descansado por la mañana. -El estres emocional en	-Aplicar medidas para promover la relajación: -Mantener ambiente obscuro y silencioso -Asegurar una buena ventilación. -programar intervenciones y evaluaciones para permitir períodos de sueños mas largos. -Ayudar con la rutina habitual de irse a la cama: -Higiene personal -Lavarse los dientes -Proporcionar el como antes de dormir	-El sueño es difícil sin la relajación y el ambiente hospitalario desconocido puede impedir la relajación. -Las respuestas cardiovasculares al ruido son mayores durante el sueño. -Se produce privación del sueño con las interrupciones frecuentes. -el uso de medidas de higiene y comodidad antes de dormirse	-La disminución del ruido, las luces apagadas y la disminución de intervenciones favorecieron periodos de sueño de 4 a 6 hrs. ininterrumpidas. El aseo y medidas de higiene favorecieron que la paciente se duerma mas rápido. -Se le ministraron analgesicos durante la noche mejorando la conciliación del

		<p>despertarse durante un ciclo puede hacerle no sentirse bien descansado por la mañana.</p> <p>-El estres emocional en forma de ansiedad o duelo puede interferir en la cantidad y calidad del sueño.</p>	<p>-Higiene personal</p> <p>-Lavarse los dientes</p> <p>-Proporcionar el de comodo antes de dormir</p> <p>-vigilar y comentar con la paciente las posibles causas del trastorno del sueño.</p> <p>-Planear actividades diurnas; desaconsejando siestas durante el día.</p>	<p>frecuentes.</p> <p>-el uso de medidas de higiene y comodidad antes de dormirse favorece un sueño placentero.</p> <p>-La paciente puede manifestar ausencia de sueño por la presencia de dolor.</p> <p>-La desincronización de ciclos circadianos de sueño vigilia puede deberse a siestas cortas a lo largo del periodo de 24 hrs.</p> <p>-Estimular la verbalizacion de temores y preocupaciones favorece el tratamiento de la ansiedad.</p>	<p>-Se le ministraron analgesicos durante la noche mejorando la conciliación del sueño.</p> <p>-La paciente dice comprender que dormir de dia le produce insomnio, por lo que se comprometio a leer y tejer durante el dia y asi disminuyó su dificultad para dormir.</p> <p>-Se alcanzó el objetivo del plan.</p>
--	--	--	--	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD: DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL D SI I NO
DIAGNOSTICO: DEFICIT DE AUTOCUIDADO (BAÑO HIGIENE Y ALIMENTACIÓN) RELACIONADO CON
PRESCRIPCIÓN MEDICA: DE REPOSO ABSOLUTO CARACTERIZADO POR LA INCAPACIDAD DE LAVARSE EL CUERPO.
IR AL BAÑO Y ACCEDER A LA FUENTE DEL AGUA.

OBJETIVO: MANTENER A LA PACIENTE EN OPTIMAS CONDICIONES DE ASEO POR MEDIO DEL BAÑO DIARIO.
ASEO MATUTINO Y PROPORCIONARLE EL COMODO LAS VECES QUE SEA NECESARIO.

NECESIDAD	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
-Necesidad de higiene y protección de la piel.	-La paciente manifiesta: -incapacidad acceder al baño y bañarse. -Incapacidad para realizar higiene genital adecuada. -incapacidad ponerse y quitar prendas de vestir necesarias.	La paciente con enfermedad inflamatoria pélvica se le prescribe reposo absoluto en posición semifowler, para facilitar el drenaje por gravedad para que no se formen abscesos altos en el abdomen en donde pueden romperse y ocasionar peritonitis generalizada.	-Mantener reposo absoluto en cama en posición semifowler. -Asegurar que el timbre de llamada, pañuelos y articulos personales necesarios estén al alcance de la paciente. -Enseñar actividades de autocuidado segun lo permita la capacidad del paciente. -Proporcionar baño de esponja y aseo matutino diariamente. -Manejo de comodones y orinales con	-La paciente esta impedida para levantarse y deambular mientras no tiene alteraciones como dolor o fiebre, participa en la atención de enfermería para mantener su higiene corporal. -La paciente es capaz de comer, lavarse los dientes, peinarse así como ayudar a poner y quitar las prendas de vestir sin que	-La paciente permaneció nueve días en reposo y absoluto durante ese termino manifesto satisfacción por los cuidados proporcionados para mantener su higiene personal y asegurar el cumplimiento del reposo absoluto que se requirió para su curación.

			<p>guantes identificandolos para uso exclusivo de la paciente. -Ayudarle al cambio de ropa. -tendido de cama ocupada. -acceder a la pacinte sus alimentos -aseo de genitales después de evacuar vigilando características de secreción vaginal explicarle a la paciente el porque de la restricción de su actividad.</p>	<p>esto le ocasiona complicaciones. -Cuando la paciente conoce el motivo de la restricción de su actividad colaborará en forma mas efectiva con su tratamiento.</p>	
--	--	--	--	---	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

D S I I NO

NECESIDAD: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO: ALTO RIESGO DE PRESENCIA DE FLEBITIS EN MIEMBROS INFERIORES RELACIONADA CON CIRUGIA ABDOMINAL Y PRESCRIPCION MEDICA DE REPOSO ABSOLUTO.

OBJETIVO: DETECCION TEMPRANA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE FLEBITIS EN MIEMBROS INFERIORES.

NECESIDAD	MANIFESTACIONES CLINICAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
-Necesidad de evitar peligro.	-Ninguna	-La trombosis venosa profunda consiste en la presencia de un coagulo dentro de una vena profunda. -La disminucion de retorno venoso de las piernas (Estasis) es el factor primario en el desarrollo de la trombosis venosa profunda. -La estasis venosa se produce por el reposo en cama, la anestesia general, la hipotension y cirugias abdominales, episodios de hipovolemia y otros. -Cuando	-Vigilar aumento de temperatura en miembros inferiores. -Aplicar medias elasticas de soporte. -vigilar la presencia de hipersensibilidad y dolor. -Inspeccion de la piel en busca de: eritema hinchazon. -Dilatacion de venas superficiales. -Si la paciente presenta dolor, hacer palpacion de la vena frecuentemente. -vigilar la aparicion de signo de Homan.	El conocimiento de las principales manifestaciones clinicas de la tromboflebitis permite a la enfermera tomar acciones para evitar complicaciones graves. -La presencia de eritema, hinchazon y dilatacion de venas superficiales significa la presencia de flebitis. -Si hay presencia de tromboflebitis	La paciente durante sus 10 dias de estancia, ocasionalmente presento dolor en miembros inferiores y con los cuidados de enfermeria se evito la aparicion de flebitis en miembros inferiores.

		<p>prolongado es el periodo de estasis mas probable es la trombosis venosa.</p> <p>-El signo fisico mas habitual es la presencia de edema unilateral en cualquier extremidad, que puede ser leve o intenso.</p>		<p>la vena se tocara como un cordón que comienza en la zona hipersensible.</p> <p>-El signo de Homan es un dolor característico en la dorsiflexión del pie y dolor al palpar el músculo de la pantorrilla que nos indica el comienzo de los síntomas.</p>
--	--	---	--	---

3.6 PLAN DE ALTA.

1.-Fecha prevista para el alta: 26 de mayo de 1997.

2.- Recursos disponibles humanos: esposo, suegros y su madre.

3.- Económicos: Ayuda económica de su esposo, que es sargento segundo técnico de transmisiones.

4.- Se prevén cambios en su forma de vida después del alta: si por la educación higiénica recibida durante su hospitalización.

5.- Áreas que pueden necesitar cambios:

a).-En el hogar:

Requiere ayuda en las actividades domésticas, durante un periodo aproximado de 6 semanas, en las que se prescribe reposo relativo hasta su próxima cita con el especialista.

b).-Preparación de alimentos:

De preferencia la paciente requerirá ayuda para la elaboración de los alimentos y se ira incorporando poco a poco a estas actividades que no implican mucho esfuerzo.

c).-Compras:

Podrá asistir caminando a comercios cercanos a su domicilio solo en caso de urgencia y tratándose de compras formales al mercado o centros comerciales y que implique cargar objetos pesados, necesitará el auxilio de otras personas.

d).-Transportes:

Durante las próximas seis semanas de preferencia evitara transportarse en vehículos de transporte colectivo, por el riesgo de lesión accidental y preferiblemente deberá transportarse en vehículo particular taxi.

e).-Deambulaci3n:

La paciente podr3 deambular dentro de su domicilio por periodos cortos, preferiblemente, deber3 permanecer en reposo

f).-Medicaci3n/Terapia.

Al salir de alta la paciente se prescribe analg3sico metamizol tabletas de 500 mg. cada 8 horas y por raz3n necesaria, y un laxante psyllum plantago una cucharada en un vaso de agua cada 12 horas. Se le proporcionar3 receta misma que surtir3 en la farmacia del hospital central militar.

Tratamiento:

g).-Cuidado de herida:

Se le retiraron puntos totales de herida quirúrgica al sexto día del postoperatorio, la herida se encuentra limpia y sin datos de infección, se recomienda baño diario y aseo de área de herida con agua y jabón, si lo desea puede usar vendaje abdominal para mantener su seguridad, se le explicará que ya no es necesario esta, vigilara que no haya salida de secreción, dolor o rubor en área de cicatrización.

h).-Dieta:

Se prescribe dieta normal con alto residuo, se proporciona dieta por escrito de los principales nutrientes que puede ingerir.

i).-Relaciones sexuales:

La paciente no deberá mantener relaciones sexuales durante las próximas semanas en que será la fecha de su aproxima cita.

Se proporcionará una hoja con las medidas higiénicas a observar para pacientes con enfermedades infecciosas de vulva y vagina.

j).-Control:

Se solicitará cita con: su médico tratante en seis semanas.

Tendrá que notificar: En caso de dolor, fiebre o sangrado, debiendo acudir a urgencias del hospital central militar.

Dada de alta: el 26 de mayo de 1998. A las 14.00 hrs.

Modo de transporte: Fue transportada en taxi a su domicilio.

Acompañada por: su esposo y su mamá.

MEDIDAS HIGIENICAS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA VAGINA Y VULVA.

- No usar pantalones, andar siempre con falda.
- No usar pantimedias, sostener las medias con liguero.
- Usar pantaletas de algodón que no tengan fibras sintéticas (nylon y licra).
- Dormir con camisón de algodón que no tenga fibras sintéticas.
- Dormir sin pantaletas.
- Usar pantaleta limpia diariamente.
- Lavar la ropa interior con jabón corriente de pastilla no con detergente o jabón de tocador.
- Planchar la pantaleta con plancha bien caliente.
- No hacer lavados ni duchas vaginales solo aseo externo una o dos veces al día secándose muy bien y ponerse un poco de talco después.
- De preferencia usar tapones durante la regla en lugar de toallas sanitarias cambiarlas cada 4 hrs.

CONCLUSIONES

Actualmente la profesión de enfermería cuenta con teorías y modelos que se derivan de las ciencias naturales, físicas y de conducta, humanidades y de investigación en enfermería, para ser utilizados en su práctica diaria; esto hace de la enfermería una disciplina muy completa así como muy compleja, esto obliga al personal de enfermeras a prepararse cada día más y fomentar el uso de modelos tan completos como el de Virginia Henderson utilizado en este trabajo.

Es muy importante que el personal de enfermeras conozcan y sepan manejar el proceso atención de enfermería y los modelos de atención, ya que cada uno tiene ventajas y desventajas al ser utilizados y también se pueden complementar para proporcionar atención de calidad en forma individualizada a nuestras pacientes.

El proceso atención de enfermería, permite que las enfermeras lleven a cabo cada una de las etapas, así tienen que valorar, identificar necesidades de atención, y auxiliadas con la taxonomía de la NANDA elaborar diagnósticos de enfermería específicos que le permitan planear las actuaciones de enfermería, así mismo evaluar la atención; si los cuidados producen los efectos esperados o bien

retroalimentar los mismos al detectar nuevas necesidades o corregir y planear nuevos cuidados para alcanzar los objetivos terminales propuestos.

Una ventaja que encuentro en la aplicación del proceso atención de enfermería, independientemente del modelo manejado; es en el rubro de la enseñanza-aprendizaje y la investigación, debido a que implica en todo momento cuando se elaboran los planes de enfermería la investigación constante por parte de este personal que debe justificar científicamente cada una de las acciones a tomar para poder actuar en forma independiente y así delimitar su responsabilidad con respecto del médico.

El actuar en forma independiente, requiere por parte del personal de enfermería una educación universitaria extensa, genuino interés por el servicio al paciente, al público y a la comunidad y una identificación plena con la carrera de enfermería; todo esto le permitira tomar desiciones correctas y así la profesión de enfermería adquirirá el estatus de profesión que necesitamos al contar con personal bién preparado.

El proceso atención de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson me pareció muy completo, obteniendo una evaluación satisfactoria durante la aplicación del plan de cuidados, pero creo que se puede complementar

perfectamente con el modelo de autocuidado de Orem ya que a todas nuestras pacientes se les puede enseñar el autocuidado durante su estancia hospitalaria e incluirla en su plan de alta.

FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.

Los microorganismos patógenos proceden por lo general de la vagina y ascienden por el conducto cervical hacia el útero. Desde ahí pasan a la pelvis por las trompas de falopio a través de venas uterinas trombosadas o de linfáticos uterinos. Muchos microorganismos que producen enfermedad inflamatoria pélvica se alojan en las trompas de falopio. Los términos salpingitis y E. I. P., suelen considerarse sinónimos, y forman adherencias que pueden provocar estenosis o esterilidad; la esterilidad es una de las secuelas más graves de la E.I.P. La obstrucción de las trompas de falopio secundarias a la inflamación puede ser incompleta o parcial; la obstrucción completa hace imposible la concepción, y la obstrucción tubaria parcial predispone a la mujer a embarazos ectópicos, ya que aunque el espermatozoide logre pasar a través de estenosis, el óvulo fecundado no puede llegar al útero. Aunque se puede producir una peritonitis generalizada, la infección suele limitarse al abdomen inferior y a la pelvis; son frecuentes los abscesos de fondo de saco de Douglas; "Otras complicaciones son: las bacteriemiés con shock séptico y tromboflebitis con posibles embolias" (1)

(1) Beare-Myers "Enfermería Médico Quirúrgica Editorial Mosby Doyma 1/a. Edición de la 2/a. en Inglés, España 1995, Pag.1861.

CONCEPTO

“La enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.) es una infección de las trompas de falopio, o varios peritoneo pélvico, venas pélvicas o tejido conjuntivo. La infección puede limitarse a una estructura o afectar a todas las estructuras pélvicas”
(2). “Puede ser aguda o crónica, unilateral o bilateral, esta alteración contribuye al 15-20 % de las admisiones ginecológicas en los grandes hospitales” (3)

(2) Beare/Myers.Op.cit.Pag.1861

(3) Ralph C.Benson “Manual de Obstetricia y Ginecología” Editorial el Manual Moderno 7/a.Reimpresión de la 7/a. edición, México 1992 Pag.577.

CLASIFICACIÓN.

Clasificación por grados, mediante el exámen clínico de la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

“I.- Salpingitis o salpingo-ovaritis complicadas, unilateales o bilaterales.

A.- Sin Peritonitis pélvica.

B.- Con peritonitis pélvica

II.- Salpingitis o salpingo-ooforitis complicadas, piosalpinx o absceso tuboovarico con masa (s) en anexos unilaterales o bilaterales.

A.- Sin peritonitis pélvica.

B.- Con peritonitis pélvica.

III.- Grandes abscesos tuboovaricos o pélvicos de 8 cm.de diámetro.

Diseminación de la infección hacia el abdomen superior o rotura del absceso tuboovarico.(4)

Clasificación de la intensidad de la enfermedad inflamatoria pélvica por laparoscopia.

“Leve:

Eritema, edema, sin exudado purulento espontaneo, trompas levemente

(4) Te Linde, Thompson /Rock “Ginecología Quirúrgica” Editorial Panamericana 7/a. Edición Argentina 1993,

móviles.

Moderado:

Material purulento manifiesto: Eritema y Edema más notorios. Las trompas quizá no se muevan en forma libre y los orificios de la fimbria tal vez no sean permeables.

Intensa:

Piosalpinx o complejo inflamatorio; Abceso”(5)

(5) Stovall / summitt / Beckman / Ling. "Manual Clínico de Ginecología" Editorial Interamericana Mc.Graw-Hill
2/a. Edición México 1992. Pag.499

ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

A.- Infecciones de transmisión sexual. “Casi todos los casos obedecen a infección

bacteriana generalmente.

-Gonococo.

-Estreptococos.

-Estafilococos.

-Clamidias.

-Bacilo tuberculoso o una flora mixta”. (6)

B.- Infecciones causadas por la introducción de cuerpos extraños en el útero que

inchuyen:

-Uso de dispositivo intrauterino.

-Histerosalpingografía.

-Insuflación tubaria.

-Dilatación o legrado.

-Interrupción del embarazo.

C.- Infecciones pélvicas después de un a cirugía ginecológica mayor.

(6) Ralph C. Benson Op. cit. Pág. 577.

D.- “Infecciones pélvicas debida a una patología primaria del tracto gastrointestinal.”(7).

OTROS FACTORES PREDISPONENTES SON:

- Personas con parejas sexuales múltiples.
- Estado socioeconómico bajo.
- Un episodio previo de salpingitis aguda.

“Las infecciones pélvicas que aparecen después de un parto o de operaciones ginecológicas no se consideran enfermedad inflamatoria pélvica”(8).

(7-8) Jones H.W. Op. cit. Pág. 499.

CUADRO CLÍNICO

El comienzo de la E.I.P. puede ser aguda o aparatosa, pero otras veces se instaure lentamente, el dolor y la fiebre son los síntomas que habitualmente dominan la escena.

- Dolor característico en bajo vientre, en hipogastrio o ambas fosas iliacas.
- Dispareunia.
- Fiebre superior a los 39 grados centígrados.
- Afectación del estado general.
- Laxitud.
- Astenia.
- Adinamia.
- Anorexia.
- Cefalalgia.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Estreñimiento.
- Puede existir o no disuria o polaquiuria.

La duración de los síntomas es variable y pueden remitir
transitoriamente

EXPLORACIÓN ABDOMINAL.

A palpación se encuentra sensibilidad generalizada, en ambos cuadrantes inferiores, el abdomen esta abultado y meteorizado.

INSPECCIÓN VAGINAL.

A la inspección ayudada con el espejo vaginal, durante la presión ejercida con la punta del espejo sobre el meato urinario, puede revelar la salida de secreción purulenta, el cuello uterino puede revelar leucorrea purulenta asomada por el orificio cervical externo.

EXPLORACIÓN BIMANUAL.

A la exploración bimanual resulta muy dolorosa para la paciente, hay sensibilidad exquisita en los anexos, lo que dificulta saber si existe masa anexial o no. En las infecciones puerperales o post-aborto, el útero puede encontrarse aumentado de tamaño y de consistencia blanda, en el resto de los casos el volumen y la consistencia del útero son normales.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa en:

- Interrogatorio.
- Historia Clínica.
- Exploración Ginecológica.
- Leucocitosis y velocidad de sedimentación globular altos.
- Prueba de embarazo para descartar embarazo ectópico.
- Ultrasonido pélvico para evidenciar objetivamente el tamaño de absceso en caso de que exista.
- Laparoscopia diagnóstica la que permite visualizar directamente los órganos afectados.
- Ante la problemática del cuadro clínico el médico se ve obligado a efectuar laparotomía exploradora para llegar al diagnóstico definitivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial se hace con:

- Embarazo ectópico.
- Apendicitis aguda.
- Pielonefritis aguda.
- Torsión de los anexos.
- Celulitis pélvica.
- Quiste hemorrágico roto.

TRATAMIENTO.

El tratamiento ideal es el profiláctico, que puede conseguirse mediante medidas de higiene sexual que eviten la transmisión de enfermedades venereas durante el coito y el tratamiento precoz y adecuado de la gonorrea una vez contagiada a la mujer.

E.I.P. GRADO I.

Las pacientes con salpingitis leve reciben tratamiento ambulatorio como externas.

- Tomar en consideración la certeza del diagnóstico.
- Capacidad de la paciente para tomar medicamentos por via oral.
- Que comprenda las indicaciones y que regrese a la consulta.
- Esquema de antibióticos.
- Se efectuará cultivo de secreción.
- Tratamiento a la pareja (s) sexual (s).
- Se recomienda reposo.
- No relaciones sexuales.
- Las pacientes que deseen conservar su función reproductora pueden recibir un esquema más agresivo de antibióticos parenterales.

Cuando la paciente no responde al esquema por vía oral, después de 48 horas se iniciará por vía parenteral y se ordenará su internamiento hospitalario si la paciente con salpingitis aguda presenta fiebre, leucocitosis o signos de alguna tumoración en los anexos o peritonitis.

TRATAMIENTO A LA PACIENTE HOSPITALIZADA

- Reposo absoluto en posición de semifowler.
- Continuará con su esquema de antibióticos cuando menos durante diez días.
- Dieta normoproteica, normocalórica y de alto residuo y se normalizará la función intestinal con laxantes ligero si hay estreñimiento.
- Vigilancia de datos abdominales.
- Se efectuará exploración ginecológica cada 48 horas a 96 horas para controlar la evolución del proceso inflamatorio.

Cuando hay evolución satisfactoria:

- Se efectuará exploración ginecológica a los 10 días de iniciado el tratamiento.
- Se dará de alta de no exacerbarse los síntomas dentro de las 24 horas siguientes a la valoración.

- Se recomendará abstinencia sexual durante seis semanas y nueva valoración en ese mismo lapso en la consulta externa.

TRATAMIENTO DE LA E.I.P. GRADO II - III.

Cuando la salpingitis aguda progresa o recidiva, puede presentar un absceso tuboovarico bilateral y por lo general hay exacerbación aguda, deben hospitalizarse de inmediato y:

- Instalar líquidos parenterales.
- Reposo absoluto en semifowler.
- Transfusión sanguínea en caso de necesidad.
- Colocar sonda nasogástrica dependiendo del grado de distensión abdominal.
- Si la paciente tiene colocado dispositivo intrauterino, se le debe extraer en las siguientes 24 a 48 horas del inicio de los antibióticos intravenoso para evitar el riesgo de septicemia.
- Se efectuará revisión abdominal y vaginal todos los días para determinar si la paciente responde al tratamiento, requiere un cambio de antibióticos o intervención quirúrgica.
- Siempre que sea posible se realizará drenaje del absceso.

- Si el diagnóstico es incierto, puede requerirse una laparoscopia diagnóstica o bien una laparotomía exploradora.
- Si la paciente no exhibe mejoría mayor al 30 % al tercer o cuarto día de tratamiento, hay que cambiar de esquema de antibióticos o proceder a una intervención quirúrgica.
- Cuando el tratamiento es eficaz y la función ovárica se conserva aunque la función tubárica haya sido destruida por la infección, la mayoría de las pacientes quedan infértiles.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Si la paciente ha tenido que ser hospitalizada en varias ocasiones por un exacerbación aguda de la enfermedad, abscesos tuboováricos bilaterales al extremo de que pasa más tiempo enferma que bien, puede estar indicada la intervención definitiva; la operación debe llevarse a cabo en el momento en que la infección se encuentre inactiva. El momento de la intervención es importante porque tienen que haberse reabsorbido por completo el exudado inflamatorio que rodea el foco infeccioso.

COMPLICACIONES Y SECUELAS

Complicaciones por infección no tratada o recurrente:

- Dolor pélvico crónico.
- Esterilidad.
- Puede haber embarazo ectópico. Si el óvulo fertilizado no pasa por la estrechez.
- Peritonitis.
- Rotura de absceso tuboovarico.
- Septicemia.
- “Obstrucción intestinal” (9).
- Puede desarrollarse masas inflamatorias, que requieren finalmente la extirpación del útero, las trompas y los ovarios”.(10)

(9) Stoval et-all Op.cit pag.501

(10) Brunner L.C. - D.S. Suddarth “Manual de Enfermera” Grupo editorial Mediterráneo 3/a. Edición México. pag.686.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

- Orientar a la población femenina para que acuda y utilice con oportunidad a los servicios de salud existente.
- Elaborar e implementar programas de educación para la salud, dirigidos a mujeres en edad reproductiva, en donde se incluya la E.I.P.
- Informar a las pacientes los riesgos y complicaciones de padecer una E.I.P.
- Informar a las pacientes los riesgos de la automedicación para evitar la aparición de resistencia de los gérmenes a los medicamentos en especial de los antibióticos y la aparición de cronicidad de la enfermedad.
- Informar sobre las medidas higiénicas a las pacientes con enfermedades infecciones de vagina y vulva.

GLOSARIO.

ACTIVIDAD: Acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA: Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o restablecer la salud.

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA: Actividad reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere de supervisión o dirección de otros profesionales

ACTIVIDAD INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA: Actividad de enfermería que requiere dirección o asesoramiento de otros profesionales de salud.

ANAMNESIS: Conjunto de datos pertenecientes al enfermo, recogidos a través del interrogatorio del paciente y sus familiares.

ANSIEDAD: Estado en el que el individuo o grupo experimenta sentimientos de inquietud, aprehensión y alteración del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

ASISTENCIAL: Área de trabajo vinculada con la prestación de servicios de salud, ya sea Hospital o Institución de salud pública.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA: Son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificada en la persona.

CRITERIO: Es un elemento concreto que sirve de norma o de modelo.

DIAGNOSTICO: Investigación de los síntomas de una enfermedad para reconocerla y clasificarla por una denominación propia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Problemas de salud, reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar. (Gordon 1982).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR: Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar, hacia un nivel más elevado y deben estar presentes dos hechos: Deseo de un mayor nivel de bienestar y Estado o función actuales eficaces.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA POTENCIAL: Conocido ahora como diagnóstico de enfermería de alto riesgo.

ETIOLOGÍA: Término previo para los factores relacionados.

FACTORES DE RIESGO: Factores predisponentes que aumentan

la vulnerabilidad al desarrollo de una alteración y un diagnóstico de enfermería (usado en los diagnósticos de enfermería de alto riesgo).

FACTORES RELACIONADOS: Factores que contribuyen a un diagnóstico de enfermería real.

INDICADORES: Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

MÉTODO: Es cualquier actividad que orientemos hacia un fin propuesto con un orden lógico.

MODELO FORMAL: Es la representación de una estructura idealizada (o teoría) que se supone análoga (semejante) a la de un sistema real. Exhibe relaciones entre variables de un fenómeno que intenta explicar, y afirma que estas relaciones formales son semejantes a las existentes en la realidad.

MODELO MATERIAL: Es la representación parcial de una teoría (que representa a su vez un sistema real). Tal modelo requiere de un modelo formal previo pero más limitado que el modelo material, no se construye mediante símbolos (cuya significación es universal). Si no a base de propiedades semejantes a las que se desea estudiar en el sistema original que es un sistema concreto.

OBJETIVO: Meta o fin determinado. Cambio que se quiere lograr.

PROBLEMA: Insatisfacción de necesidades.

PROCESO: Es el conjunto de etapas o pasos que siguen un orden lógico.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el concepto básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

PRONOSTICO: Conjetura acerca de lo que puede suceder. Pronóstico medico: Juicio que forma el médico respecto a los cambios de una enfermedad pronóstico reservado: El que se reserva el médico a causa de las contingencias posibles de una lesión.

TAXONOMÍA: Ciencia de la clasificación, es decir estudio de los principios generales de la clasificación científica.

TEORÍA: Un sistema de leyes es una teoría. Las hipótesis confirmadas (leyes) y sus conclusiones se introducen en un sistema.

TERAPÉUTICA: Rama de las ciencias médicas relacionada con el tratamiento de las enfermedades.

VALORACIÓN: término utilizado para describir la entrevista inicial con un paciente de la que se extrae importante información que permita una individualización de los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

-Alfaro Rosalinda-Lefevre, MSN, RN “Aplicación del proceso de enfermería” Editorial. Mosby- Doyma. 3/a.Edición España. 1995.

-Atkinson Leslie D.-Murray Mary Ellen “Proceso Atención de enfermería”Editorial el Manual Moderno.5/a. Reimpresión de la Segunda Edición México,D.F. 1991.

-Beare-Myers “Enfermería Médico Quirúrgica” Editorial Mosby-Doyma, 1/a.Edición en Español de la segunda de Inglés. España 1995.

-Bensos Ralph C.”Manual de Ginecología y Obstetricia” Editorial el Manual Moderno 7/a. Reimpresión de la 7/a. Edición 1992 México D.F.

-Brunner L. C.-D.S. Suddar “Manual de la Enfermera” Grupo Editorial Mediterráneo 3/a. Edición Tomo 4 México,1992.

-B.G.Wren-R.A.Lobo. “Manual de Obstetricia y Ginecología” Editirial Interamericana-McGraw-Hill 3/a. Edición México, D.F.

-Bernal López Beatriz, Pineda Ramírez Ma.Eduarda. Antología “Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería” Impreso en México 1996.

-Carpenito J.Linda “Diagnóstico de Enfermería” 5/a. Edición Editorial Mc-Graw-Hill.Editorial Interamericana 1995.

-Carpenito J.Linda “Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería” 1/a. Edición Editorial Mc-Graw Hill Interamericana de España 1994.

-Fernández Ferrin Carmen. Novel Mart -Gloria.”Proceso Atención de Enfermería Estudio de Casos” Ediciones Científicas y Técnicas, s.a Salvat 1/a. Edición España 1993.

-Giménez Miranda Martín-Enrique Giménez Jimeno. “Fundamentos de Ginecología y Padecimientos de la mama” Editorial Méndez Cervantes 2/a. Edición México, D.F.

-Gauntlett, Patricia Myers Judith “Enfermería Médico Quirúrgica” Volumen I 2/a. Edición Adaptación de Susana Salas y Ma.Teresa Alzaga Editorial Mosby Doyma España.

-Instituto Nacional de Perinatología. “Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología” Editorial Marketing y Publicidad de México 1994.

-Iyer W. Patricia et all. “Proceso Atención de Enfermería” Editorial Interamericana McGraw-Hill, Traducido de la Primera Edición en Inglés y Primera Edición en Inglés México 1986.

-Jones H.W.-Wentz A.C.Burnett I.S. “Tratado de Ginecología de Novack” Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 11/a. Edición 1991 México.

-León Boubli- “Ginecología” Editorial Mosby Doyma, 1/a. Edición en Español de la segunda en Francés España 1995.

-Meador Billie C. “Enfermería en cuidados Intensivos” Editorial Manual Moderno. Tercera Reimpresión de la 1/a. Edición México, D.F. 1991.

-Mi-Ja Kim et all “Diagnóstico en Enfermería y Plan de Cuidados” 1/a. Edición de la 5/a. en Inglés Editorial Mosby División de Times Mirror España 1994.

-Netter Frank H., M.D. Tomo II “Sistema Reprodutor” Editorial Salvat 1/a. Edición 1979- Reimpresión 1993 Barcelona España.

-Pritchard Jack A. et-all “Williams Obstetricia Editorial Salvat Editores. 3/a.Edición Español de la 17/a. Edición de la Obra Original México 1993.

-Stovall-Summitt-Beckman- Ling . “ Manual Clínico de Ginecología Editorial Interamericana-McGraw-Hill 2/a. Edición México 1992.

-Sorrentino Sheila A. "Enfermería Práctica" Editorial Manual Morderno 3/a.Reimpresión de la 1/a. Edición México, D.F. 1992.

-Te Linde, Thompson-Rock. "Ginecología Quirúrgica" Editorial Panamericana 7/a. Edición 1993 Argentina.

-Vega Franco Leopoldo-Héctor García Manzanedo. "Bases Escenciales de la Salud Pública" Editorial la Prensa Médica Mexicana. 11/a. Reimpresión de la 1/a. Edición México.