



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER TRIMESTRE
DEL EMBARAZO CONSIDERANDO EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE
LA TEORISTA SOR CALLISTA ROY**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RAZO MÁRQUEZ JESSICA ISABEL
No. DE CUENTA 310158664

ASESORES ACADÉMICOS

DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

DR. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Este trabajo está dedicado a las tres personas más importantes de mi vida, mi madre Rocío y mis hijas Ximena y Katherine, que soportaron el difícil camino donde yo construí mi propio destino y a pesar de las adversidades no se rindieron y siempre estuvieron conmigo.

¡Las amo, son mi inspiración y todo mi mundo!



Agradecimientos

Gracias a dios por haberme permitido llegar hasta el día de hoy con salud y acompañada de mis seres queridos.

A mi familia que son mi columna vertebral y la base de todos mis logros y triunfos, porque cada que caía estaba alguno de ellos para darme una mano.

A mi madre Rocío Gracias por tu apoyo y la preocupación por el bienestar de mis hijas, por darme seguridad al estar lejos de casa sin ellas, por volverte su segunda mamá y su amiga, gracias mami porque cuando estuve a punto de rendirme tu no lo permitiste y por eso ahora este triunfo también es tuyo. ¡Te amo mamita!

A mi padre Jesús que tuvo que partir, cuando era apenas una niña, pero que estoy segura de que desde el cielo me observa y no se olvida de su familia.

A mis hijas, Ximena y Katherine que desde pequeñas sufrieron por mi ausencia y aunque con el paso del tiempo se acostumbraron y hoy se muestran orgullosas sé que pasaron malos ratos, por eso les agradezco tanto su paciencia, su comprensión, su tolerancia y todo su amor, gracias por creer en mí, por confiar en que nos esperan tiempos mejores, gracias por darme la satisfacción de ser unas niñas ejemplares llenas de cualidades, por regalarme excelentes calificaciones escolares y sobre todo por darme esa dicha al verlas reír a carcajadas.

¡Las amo muchísimo mis niñas hermosas!

A mis hermanos, Blanca que siempre me apoyaste moral y económicamente para poder cumplir mis sueños y día a día me impulsabas para seguir adelante, Guadalupe que en momentos de penas y angustias siempre has sacado a la familia adelante con tus ocurrentes bromas, por contagiarme ese buen humor y las ganas de estar a tu lado para reír de la vida y aunque nunca lo he dicho ¡Las amo demasiado! Martin que te esfuerza por ser mejor persona y conseguir beneficios para toda la familia.

A mi tío Oscar Márquez Bernal por haber formado los cimientos de todo lo que ahora he logrado, porque en tiempos muy oscuros me brindaste tu ayuda para dejarlo atrás, me has motivado y brindado verdadero apoyo incondicional, aprendí de ti experiencias de vida que han fortalecido mi autoestima, por ello te agradezco infinitamente y a toda tu familia por ser parte fundamental de este logro.

A todas las personas que me apoyaron en diferentes situaciones con mis hijas, con algún gasto o hasta con material escolar. ¡Gracias!

A mi escuela, es un orgullo pertenecer a la máxima casa de estudios que me formo como profesional y como ser humano con principios y valores para enfrentarme a estos tiempos adversos y poner en alto a la universidad, porque somos “Universidad Nacional Autónoma de México”.

A mi profesor Dr. José Cruz Rivas Herrera, por formar profesionales de la salud llenos de valores, comprometidos con la vida y con el acto de vivir, agradezco su preocupación por mi bienestar, el motivarme para superarme día a día; Nelson Mandela dijo –La educación es el arma más potente para cambiar el mundo. ¡Muchas gracias por su apoyo y por ser un excelente profesor!

A mí misma por seguir mis sueños y vivir la vida ya que las grandes oportunidades se presentan haciendo lo que amamos, haciendo a un lado el miedo que se oponía en lo que alegraba mi corazón, sintiéndome orgullosa, entusiasmada con mi nueva vida como profesional con sueños y metas futuras. Mahatma Gandhi dijo –Vive como si fueras a morir mañana, aprende como si fueras a vivir siempre.

“POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU”

ÍNDICE

	PÁG.
<i>Dedicatorias</i>	<i>li</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>lii</i>
Introducción	Viii
Justificación	X
Objetivos	Xi
• General	
• Específico	
1. MARCO TEÓRICO	12
1.1 La enfermería	12
1.1.1 El cuidado de enfermería	13
1.1.2 Funciones de enfermería	15
1.2 Datos biográficos de Sor Callista Roy	16
1.3 Modelo de adaptación de Callista Roy	17
1.3.1 Principales supuestos de la teoría de adaptación	19
1.3.2 Conceptos principales y definiciones	21
1.3.3 Metaparadigma desarrollado en la teoría	25
1.3.4 Afirmaciones teóricas	27
1.4 Proceso Atención de Enfermería	28
1.4.1 Características	29
1.4.2 Ventajas para la enfermera	30
1.4.3 Ventajas para el paciente	31
1.4.4 Etapas del Proceso Atención Enfermería	31
1.4.4.1 Valoración	32
1.4.4.1.1 Métodos para obtener datos	34
1.4.4.1.2 Validación de datos	36
1.4.4.1.3 Organización de datos	36
1.4.4.1.4 Documentación y registro de la valoración	36
1.4.4.2 Diagnóstico	37
1.4.4.2.1 Tipos de diagnósticos de enfermería	38

1.4.4.2.2 Componentes del diagnóstico NANDA	38
1.4.4.3 Planeación	39
1.4.4.3.1 Determinación de prioridades	39
1.4.4.3.2 Planteamiento de objetivos	39
1.4.4.3.3 Documentación del plan de cuidados	40
1.4.4.4 Ejecución	41
1.4.4.4.1 Preparación del plan de atención	41
1.4.4.4.2 Documentación del plan de atención	41
1.4.4.5 Evaluación	42
1.4.4.5.1 Evaluación del logro de los objetivos	42
1.4.4.5.2 Revaloración del plan	43
1.4.4.5.3 Satisfacción de la persona del cuidado	43
2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	45
3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	46
3.1 Historia clínica	46
3.2 Presentación del caso	48
3.3 Prioridad de los diagnósticos	52
3.4 Clasificación de los diagnósticos (Independiente e Interdependiente)	53
3.5 Plan de cuidados	51
3.5.1 Planeación, Fundamento Científico, Ejecución, Evaluación	51
3.6 Plan de alta	84
3.6.1 Medicamentos	84
3.6.2 Prevención de infecciones	84
3.6.3 Señales de alarma	85
3.6.4 Alimentación	85
3.6.5 Espiritualidad	86
3.6.6 Ambiente familiar	87
SUGERENCIAS	88
CONCLUSIONES	89
GLOSARIO	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

Bibliográficas	98
Electrónicas	98
ANEXOS	100
- Embarazo ectópico	100
- Hemorragia obstétrica	104
- Anemia pos-hemorragia	108

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica que ayuda a otorgar cuidados específicos, oportunos, individualizados y de calidad a la persona. Se realiza con base en teorías que sirvan como fundamento del proceso científico, guían el proceso de atención y brindan autonomía profesional. Tiene un enfoque básico para cada persona o grupo de personas.

Asimismo elaborar un PAE representa grandes ventajas tanto para el profesional de enfermería como para el paciente ya que es un método ordenado y sistemático para identificar problemáticas, plantear y ejecutar acciones con el objetivo de mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo a través de sus etapas, fija prioridades, evalúa resultados, fundamenta el ejercicio de enfermería, monitorea los cuidados y establecimiento de normas, estimula el pensamiento crítico y reflexivo, la creatividad y las innovaciones; en los pacientes, garantiza las respuestas a los problemas reales y potenciales, involucra a la familia y favorece un ambiente seguro.

Este PAE tuvo como propósito identificar las alteraciones de manera prioritaria e implementar acciones de enfermería que cubrieran dichas alteraciones, en este caso se dirige a una paciente con hemorragia obstétrica grado III, posterior a embarazo ectópico roto y que representa una de las principales causas de muerte maternas (Una hemorragia obstétrica ante parto corresponde a la pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior de los 150ml/min en 20 min causarían la pérdida del 50% del volumen).

Las principales causas de muerte materna son hemorragia e hipertensión arterial con inadecuado manejo y/o personal no capacitado.¹

A nivel mundial cada día mueren 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se

¹ Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consulta 24 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

produce en países en vías de desarrollo y la mayoría son muertes prevenibles. Por ello es importante incorporar prácticas de prevención para la urgencia obstétrica que requiere de un equipo multidisciplinario para el manejo de shock y disponibilidad de hemoderivados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que en 2010 la tasa de mortalidad materna mundial fue 402 muertes/100,000 nacidos vivos y en la declaración del milenio propuso reducir la tasa a 100/100 000 nacidos vivos.²

Para la elaboración de este proceso se utilizó el Modelo de adaptación de la teórica Sor Callista Roy que basa su teoría en tres tipos de estímulos ambientales (focal, contextual y residual) que en conjunto forman los niveles de adaptación que se dividen en dos subsistemas, el primario (regulador y relacionador) y el secundario (modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia) que se relacionan entre sí como un todo. El PAE inició con una valoración de la persona con hemorragia grado III posterior a un embarazo ectópico roto, se identificaron las necesidades y problemáticas de la paciente para realizar diagnósticos de enfermería los cuales se ordenaron de manera prioritaria, se plantearon los objetivos correspondientes y se procedió a la planeación de los cuidados de acuerdo con las necesidades y problemáticas detectadas. La elaboración del plan de cuidados se apoya en las interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Se finaliza el trabajo con el plan de alta en la mujer, tratando de cubrir las necesidades desde una visión holística.

² Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consulta 24 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

JUSTIFICACIÓN

Enfermería desarrolla acciones de suma importancia en el equipo de salud para cubrir las necesidades y las demandas de salud del individuo; siendo una ciencia y arte humanística que basa sus conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes en un juicio clínico para seleccionar intervenciones, organizar, registrar, analizar y evaluar sus acciones que sirven para brindar cuidados de calidad desde la perspectiva de un ser holístico.

El PAE es una herramienta metodológica sistematizada e integral que enfermería realiza para identificar adecuadamente las necesidades del individuo de manera prioritaria, a través de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación) para realizar acciones que realmente restablezcan la salud del individuo basadas en el conocimiento científico.

El presente trabajo se realizó teniendo como sujeto de estudio una mujer con un embarazo ectópico roto (El huevo se implanta fuera del útero el 99% en las tubas uterinas y al crecimiento del huevo rompe la tuba por la distensión que produce y la penetración de las vellosidades coriales) esto llevó a la complicación de choque hipovolémico registrado como una hemorragia obstétrica siendo esta la primera causa de muerte materna.

Como marco teórico de este PAE se utiliza el modelo de adaptación de la teórica Sor Callista Roy el cual considera a la persona como un sistema holístico de adaptación y describe que el entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano. Cuando se consigue la adaptación la persona reacciona de modo positivo antes los cambios de su entorno la adaptación estimula la integridad de la persona y la conduce a mejorar la salud.

Así las acciones de enfermería; se encaminan para mejorar la salud, facilitar la expresión de sentimientos, mejorar la calidad de vida del individuo y de su familia al afrontar esta nueva experiencia; también se forma la base para la selección de intervenciones y contribuir en los procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el Proceso Atención de Enfermería en una paciente con hemorragia obstétrica bajo la perspectiva del Modelo de Adaptación de la Teórica Sor Callista Roy, aplicado en el servicio de hospitalización ginecológica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Identificar necesidades reales y potenciales que se presenten en los subsistemas de adaptación.
- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo con la taxonomía NANDA.
- ✓ Planear las acciones que se encaminen a cubrir las necesidades identificadas con la taxonomía NOC-NIC.
- ✓ Aplicar las intervenciones de enfermería individuales y específicas.
- ✓ Evaluar los cuidados de enfermería para verificar el cumplimiento de los objetivos.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 LA ENFERMERÍA

En 1858 Florence Nightingale escribió sobre el objetivo de enfermería que decía “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.” Lo que lleva a definir enfermería como un arte y una ciencia que diagnóstica y trata las reacciones del individuo ante la salud y enfermedad, con responsabilidad acatando el reglamento profesional para entender las necesidades de los individuos que requieren servicios de salud y el sistema que provee dichos servicios.³

Enfermería es la ciencia y arte humanística para brindar a las personas, la familia y la comunidad, el mantenimiento y promoción en el bienestar hacia la salud desde la perspectiva integral que englobe conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que implementen el promover, prevenir, fomentar, educar e investigar sobre las intervenciones dependientes, interdependientes o independientes en relación con el cuidado de la salud.

- Intervenciones interdependientes: Llamada también multidisciplinaria ya que las actividades se llevan a cabo en conjunto con otros miembros del equipo de salud.
- Intervenciones dependientes: Son aquellas actividades que se realizan bajo la prescripción de otro profesional de la salud.
- Intervenciones independientes: son aquellas actividades dirigidas a la atención de la respuesta humana y que sean autorizadas de acuerdo a la formación académica y experiencia profesional sin requerir la prescripción de otros profesionales de la salud.⁴

³ Brunner Suddarth. Tratado de enfermería médico-quirúrgica. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2002.

⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [Consulta 24 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

1.1.1 El cuidado de enfermería

Son acciones para favorecer a la persona y cubrir las necesidades básicas por sí solo, educa para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, facilita la expresión de sentimientos, busca mejorar la calidad de vida para el paciente y su familia en la nueva experiencia que se afronta, dichos cuidados varían con el grado de complejidad.

- Cuidados de enfermería de alta complejidad: El cuidado es individualizado por personal de enfermería especializado en la rama correspondiente con apoyo de equipos biomédicos de tecnología avanzada.
- Cuidados de enfermería de baja complejidad: El cuidado se enfoca en satisfacer las necesidades básicas de la salud y la vida cotidiana en los pacientes con mínimo riesgo vital.
- Cuidados de enfermería de mediana complejidad: El cuidado se relaciona con el grado de dependencia para cubrir las necesidades de salud que no requieren de alta tecnología.⁵

El personaje más importante dentro de los servicios de salud es el paciente, término derivado del verbo latino que significa “padecer”, o cliente derivado del latín que significa “apoyarse”. La función de enfermería es identificar las necesidades del paciente y tomar medidas para satisfacerlas. Los individuos presentan ciertas necesidades básicas en común y precisan la satisfacción.

Estas necesidades tienen prioridades y se reflejan en la jerarquía de necesidades de la pirámide de Maslow que muestra el proceso en el que la persona satisface necesidades básicas y pasa a otra necesidad de mayor nivel lo que lleva a la meta final, que es el funcionamiento integrado del hombre con su salud. Las necesidades básicas siempre están presentes, pero se realiza el esfuerzo para

⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Ibid., p. 12.

satisfacer las necesidades superiores que indican que la persona avanza hacia la salud y bienestar psicológico.⁶

Los cambios tienen un efecto dinámico sobre la salud y enfermedad que afecta la perspectiva de enfermería y el cuidado, como el cambio demográfico, los avances tecnológicos, las mayores expectativas de los consumidores, los costos más elevados y los cambios en el financiamiento de atención a la salud. Los cambios en la población general modifican las necesidades y disponibilidad del servicio de salud, los patrones patológicos cambian de agudos a crónicos, el fomentar la salud y disminuir las enfermedades nosocomiales ayuda a reducir costos, utilización de servicios y duración de la hospitalización, la tecnología ha revolucionado a la cirugía y a las pruebas diagnósticas; es una era de complejos dispositivos electrónicos que realizan tareas que antes realizaban las personas.

El cuidado en la actualidad hace énfasis en fomentar la salud y prevenir la enfermedad. La OMS define salud como “Un estado de bienestar físico mental y social completo, no simplemente la ausencia de enfermedades o padecimientos”.⁷

El bienestar es un sinónimo de salud, Cookfair lo define como “Un esfuerzo consciente y deliberado por obtener un estado avanzado de salud física, psicológica y espiritual, en un estado dinámico y fluctuante”. Por lo que podemos decir que el cuidado y la atención a la salud consisten en fomentar cambios positivos en el estilo de vida donde los individuos adquieran cada vez más conocimientos para interesarse y responsabilizarse sobre su salud y bienestar.⁸

El cuidado debe ser adecuado y sensible a las diferentes culturas, para obtener resultados positivos en los servicios se debe fomentar una relación eficaz entre enfermera paciente y evitar imposición cuando los puntos de vista sean diferentes.

⁶ Brunner Suddarth. *Ibid.*, p. 12.

⁷ Preguntas más frecuentes. Definición de salud según la organización mundial de la salud. [Internet]. [Consulta 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

⁸ Brunner Suddarth. *Ibid.*, p. 12.

La cultura son patrones de comportamientos creencias y valores de un grupo de personas con características particulares en las que se puede mencionar la forma de vestir, idiomas, practicas alimentarias, cuidados de salud etc.

La enfermera ayuda a satisfacer las necesidades mediante la intervención directa de cuidado holístico, la educación al paciente y familiares para realizar los cuidados. Participando en la superación continúa de calidad, el conocimiento de los procedimientos y circunstancias que determinan el cuidado para mejorar la calidad del servicio.⁹

1.1.2 Funciones de enfermería

a) Función administrativa: Es la gestión de los recursos materiales y recursos humanos para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización.

Tiene como propósito lograr que el trabajo sea efectuado con el menor gasto, tiempo y energía posible sin olvidar la calidad del trabajo.

La administración inicia con la actividad que se realiza con más de una persona y se actúa conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, se aprovecha la capacidad y esfuerzo de todos los integrantes para alcanzar determinados resultados.

b) Función asistencial: Son las actividades directas o indirectas relacionadas con el cuidado, dirigidas para apoyar al paciente en la conservación de la salud y en la recuperación de los procesos patológicos que se brindan en un medio hospitalario o medio extrahospitalario.

Medio hospitalario: Se centra en las actividades para mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico en los tres niveles de atención: primaria, especializada y de urgencias.

⁹ Brunner Suddarth. Ibid., p. 12.

Medio extrahospitalario/comunitario: Se desarrolla la función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro del equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

c) Función de investigación: Es la aplicación del método científico para la producción, reafirmación y validación del conocimiento de la disciplina de enfermería para permitir la aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo en la calidad de atención.

Son actividades para fomentar que la enfermería avance a través de la investigación para aprender nuevos aspectos de la profesión y mejorar la práctica.

d) Función docente: Es la formación de recursos humanos, educación para la salud y educación continua. La enfermería como ciencia se transmite para la formación de futuros profesionales, educación sanitaria a personas, familias y/o comunidades, educar y capacitar al equipo sanitario y para la formación continua.^{10, 11}

1.2 DATOS BIBLIOGRÁFICOS DE SOR CALLISTA ROY

Sor Callistra Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet. En 1963 obtuvo el título de enfermera en el Mount Saint Mary's College en los Ángeles y en 1966 se considera una master en enfermería de la Universidad de California, después Roy inició su formación en sociología recibiendo también un master en 1973 y un doctorado en la misma materia en 1977.

Cuando trabajaba como enfermera en el área de pediatría observó la capacidad de recuperación de los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos; este punto de adaptación lo consideró como un marco conceptual

¹⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Ibid., p. 12.

¹¹ Donación y trasplantes de órganos y tejidos. Funciones propias de enfermería. [Internet]. [Consulta 17 de abril del 2018]. Disponible en: <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/funciones.asp>

adecuado para enfermería. Roy desarrolló los conceptos básicos y en 1968 puso en marcha su modelo de adaptación como base filosófica para la formación enfermera.

El Roy Adaptation Model (RAM) se presentó en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook. En 1983 es profesora en el Mount Saint Mary's College y en la Universidad de Portland. En 1987 ocupó el puesto de enfermera teórica en el Boston College School of Nursing.

El modelo de Roy cuenta con revisiones y reformulaciones realizadas por la misma autora en su libro "The Roy Adaptation Model" publicado en 1999.

Roy recibió el premio Outstanding Alumna y prestigiosa Carondelet Medal de su alma mater, Mount Saint Mary's. La American Academy of Nursing la honró por sus extraordinarios logros a lo largo de su vida reconociéndola como Living Legend 2007.¹²

1.3 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

El origen del modelo de adaptación de Callista Roy se basa en el trabajo de Harry Helson sobre psicofísica que abarca desde las ciencias sociales hasta la conducta humana. Las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación. El estímulo es un factor que estimula una respuesta y puede surgir del entorno interno o externo. El concepto de nivel de adaptación determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa ante cambios del entorno.

El nivel de adaptación está formado por el efecto de los tres tipos de estímulos:

- a) Estímulos focales: son los que se presentan ante el individuo.
- b) Estímulos contextuales: son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.

¹² Merriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2007

- c) Estímulos residuales: son factores del entorno cuyo efecto no es claro en una situación determinada.

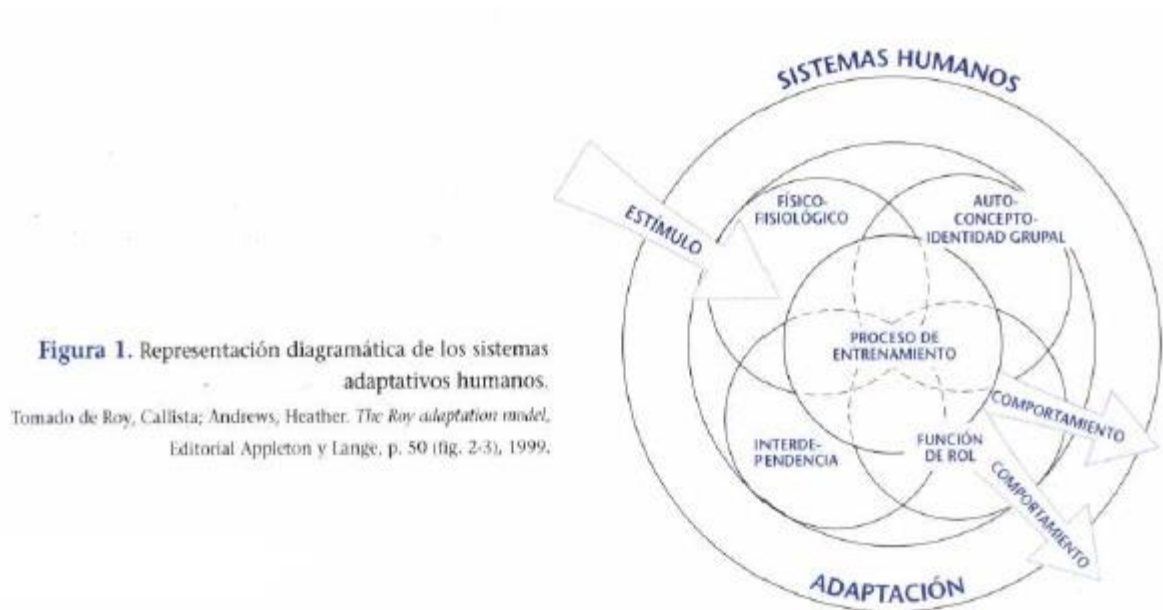


Diagrama de los sistemas de adaptación humanos.¹³

El modelo de Roy se divide en dos subsistemas:

1. Procesos primarios y funcionales compuestos por el regulador y el relacionador.
2. Procesos secundarios y de efectos compuestos por los cuatro modelos de adaptación:
 - a) Necesidades fisiológicas
 - b) Autoestima
 - c) Función del rol
 - d) Interdependencia

¹³ Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. [Internet]. [Consultado 30 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004

La percepción de la persona enlaza el regulador (Modo de adaptación fisiológico: reacciona automáticamente mediante procesos neuronales, químicos y endocrinos) con el relacionador (Procesamiento de información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones: es la reacción por medio de canales cognitivos y emocionales) para transformar la información en percepciones y liberar una reacción para cubrir las necesidades básicas. Los componentes más importantes del modo de adaptación son las personas más allegadas (pareja, hijos, familia, amigos, Dios) y su sistema de apoyo social.

El objetivo de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica psicológica y social de la persona, las proposiciones de los subsistemas del relacionador y el regulador unen los modos de adaptación.

La persona vista como un todo está compuesta de seis subsistemas: 1.El regulador, 2.El relacionador, 3.Necesidades fisiológicas, 4.Autoestima, 5.Función del rol y 6.Interdependencia.

Roy presentó su modelo que sirve para la práctica de la enfermería para la investigación y la formación. Se ha afirmado que más de 1500 facultades y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación.

Roy está de acuerdo con los teóricos que apoyan la teoría que habla de los cambios que se producen en los sistemas de las personas y en su entorno. Afirma sobre la autoorganización mutua y compleja del individuo y su entorno y también para un destino significativo y para la convergencia del universo. Las personas coexisten con su entorno físico y social y comparten un destino común con el universo además de ser responsables de las mutuas transformaciones. ¹⁴

1.3.1 Principales supuestos de la teoría de adaptación

Los supuestos sugeridos de las teorías se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Los sistemas humanos de adaptación presentan multifacetas y reacciona ante millones de estímulos que provienen del entorno y

¹⁴ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

así adaptarse. Los humanos crean cambios en su alrededor para adecuarse a los estímulos del entorno. El humanismo refiere que las experiencias de la raza humana e individual son de suma importancia para afirmar el significado de la vida humana en su totalidad.

a) Supuestos científicos:¹⁵

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más complejos de autoorganización.
- La ciencia y el significado son constitutivos de la persona y de la integración del entorno.
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir.
- Con sus decisiones, los seres humanos son responsables de la integración de los procesos creadores.
- El hecho de pensar y de sentir media en la acción humana.
- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia.
- Las personas y el mundo siguen modelos comunes y tienen relaciones integrales.
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
- La integración de los significados de la existencia humana y del entorno es el resultado de la adaptación.

b) Supuestos filosóficos:¹⁶

¹⁵ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

¹⁶ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

- Las personas se relacionan a la vez con el mundo y con dios.
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia omega del universo.
- En los últimos tiempos se ha descubierto a Dios en diversidad de la creación, y este contribuye el destino común de la creación.
- Las personas usan la capacidad humana creadora de conciencia, tolerancia y fe.
- Las personas son responsables de los procesos del origen, preservación y transformación del universo.

1.3.2 Conceptos principales y definiciones

1. Sistema: es el conjunto de partes conectadas en función como un todo y sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes, tiene entrada y salida de información y procesos de control y de realimentación.

2. Nivel de adaptación: en una persona es el punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, estos representan los diferentes estímulos con los que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

3. Problemas de adaptación: son áreas que están relacionadas con la adaptación y describen las dificultades que presentan los indicadores de adaptación positiva.

4. Estimulo focal: es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el factor humano.

5. Estímulos contextuales: hacen referencia a todos los factores del entorno que presenta la persona tanto en el interior como en el exterior, aunque no ocupa el centro de atención de la persona ni de la energía.
6. Estímulos residuales: son factores del entorno dentro o fuera del factor humano que provoca efectos no definidos en cierta situación del momento.
7. Proceso de afrontamiento: son modos innatos o adquiridos en el modo de actuar ante los cambios producidos en el entorno.
8. Mecanismos innatos de afrontamiento: son mecanismos que se determinan genéticamente o son comunes de la especie y suelen verse como procesos automáticos.
9. Mecanismo de afrontamientos adquiridos: son creados por métodos como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares.
10. Subsistema regulador: es un proceso de afrontamiento importante con ayuda del sistema neuronal el químico y el endocrino.
11. Subsistema relacionador: es un proceso de afrontamiento donde contribuyen cuatro canales cognitivos y emocionales que son el canal perceptivo y de procesamientos de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones.
12. Respuesta de adaptación: es quien fomenta la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano.¹⁷
13. Reacciones ineficaces: son las que no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano.
14. Proceso vital integrado: Es el nivel de adaptación en el que contribuyen las estructuras y las funciones del proceso vital como uno solo, con el fin de cubrir las necesidades humanas.

¹⁷ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

15. Modo fisiológico y físico de adaptación: es la relación de los procesos físicos y químicos que intervienen en las funciones y actividades de los organismos vivos. Las necesidades básicas de la integridad fisiológica son:

- a) Oxigenación
- b) Nutrición
- c) Eliminación
- d) Actividad y reposo
- e) Protección

Los procesos que contribuyen a la adaptación fisiológica son:

- a) Los sentidos
- b) El equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base
- c) Las funciones neurológicas y endocrinas

El modo de adaptación físico es como la adaptación humana manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas.

16. Modo de adaptación del autoconcepto del grupo: forma parte de uno de los tres modelos de adaptación psicosociales. Centrado en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, la necesidad básica de la autoestima del individuo que se identifica como la integridad física y espiritual o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir en unidad significado y finalidad en el universo. ¹⁸

El modelo de autoconcepto de identidad de grupo refleja como se ve y percibe una persona dentro de un grupo en reacciones ante el entorno, que

se compone de reacciones interpersonales, de imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura.

17. Autoconcepto: es el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado formado por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos. Componentes del autoconcepto:

- a) El yo físico que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo.
- b) El yo de la persona que está formado por la constancia, expectativas, los valores, la moral, la ética y la espiritualidad.

18. Modo de adaptación de función del rol: se refiere a la unidad de funcionamiento de la sociedad, es un conjunto de expectativas que se tiene del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona. La necesidad básica de la función del rol se determina como integridad social: saber quién es uno mismo con respecto a los demás para así saber cómo actuar.

Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios que se realizan gracias al comportamiento instrumental y de comportamiento expresivo (Instrumenta: es la ejecución física real del comportamiento, Expresivo: se forma de sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel).

- a) Rol primario: determina los comportamientos de un individuo en un periodo particular de su vida caracterizado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo.
- b) Rol secundario: son los que asume la persona para completar una fase de desarrollo y el papel primario.¹⁹

¹⁹ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

c) Rol terciario: representa la manera para cumplir con las obligaciones de su papel, se presentan de forma provisional, el individuo lo escoge libremente y van desde clubes sociales a aficiones personales.

19. Modo de adaptación de la interdependencia: se refiere a las relaciones cercanas, en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre si afectan el deseo y la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de lo que uno puede ofrecer como es el amor, respeto, valores, educación , conocimiento, habilidad, responsabilidad, bienes materiales y talento; su necesidad básica es la integridad de las relaciones.

20. Percepción: es la interpretación de un estímulo y de su valoración consciente, une el regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación.²⁰

1.3.3 Metaparadigma desarrollado en la teoría

- **Enfermería**

Roy describe que es una profesión que se dedica a la atención sanitaria centrada en los procesos vitales en los modelos a seguir y dar importancia a la promoción de la salud del individuo, familia o grupos.

Es la ciencia y la práctica para ampliar la capacidad de adaptación y mejora de transformación del entorno a través de análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación; las intervenciones se basan en controlar los estímulos.

La enfermería como ciencia es un sistema de desarrollo de conocimientos para influir de manera positiva en el estado de salud. La enfermería como disciplina práctica se usa para ofrecer un servicio vital a la persona, actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno. El objetivo de enfermería es mejorar

²⁰ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en los cuatro modelos de adaptación y contribuir a la salud, calidad de vida y a morir con dignidad.

- **Persona**

Según Roy las personas son sistemas holísticos y adaptables definiéndose como un todo que funciona como una sola unidad para un fin en común.

Los sistemas humanos son capaces de pensar y sentir, baso en la conciencia y en el significado por lo cual puede ajustarse a los cambios que produce el entorno y a su vez influye en el mismo entorno.

La persona es el receptor de la asistencia que ofrecen los profesionales, compuesto de procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para la capacidad de adaptación en los cuatro modelos de vida (fisiológico, autoestima, función del rol y la interdependencia).

- **Salud**

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse en un ser íntegro y completo, es un reflejo de la adaptación que fomenta la integración fisiológica, psicológica y social. La salud no consiste en liberarse de la muerte, enfermedades, infelicidad o estrés sino es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible. La salud y la enfermedad forman una dimensión basada en la experiencia de la vida de la persona. Las personas reaccionan ante los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos.

- **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo de la conducta de las personas y de los grupos.

El entorno cambiante es el que impulsa a la persona a reaccionar para adaptarse y engloba factores internos y externos, los cuales pueden ser significantes o relevantes, negativos o positivos. Un cambio requiere de un aumento de energía para conseguir adaptarse a la nueva situación.²¹

²¹ Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

- **Adaptación**

Roy refiere como adaptación al proceso y resultado de la capacidad que tienen las personas de pensar y de sentir como individuos o miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Es más allá de un sistema humano que lucha por responder a los estímulos del entorno para mantener su integridad; cada vida humana tiene una función en el universo creador y las personas no pueden separarse de su entorno.²²

1.3.4 Afirmaciones teóricas

Las respuestas de adaptación eficaz son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a adaptarse, es decir, a la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones. Las respuestas ineficaces son las que no se consiguen o ponen en peligro el proceso de adaptación. Se consigue la adaptación cuando la reacción de la persona es de modo positivo ante los cambios de su entorno, esta integridad conduce a tener salud.

La enfermera al poner en práctica el modelo de Roy desarrolla seis funciones:

1. Evalúa las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Expone su juicio o establece un diagnóstico sobre el estado de adaptación de la persona.
4. Fija objetivos para fomentar la adaptación.
5. Establece las intervenciones que irán dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación.

²² Merriner Tomey A. Ibid., p. 17.

6. Evalúa qué objetivos se han alcanzado.

Cuando se logra controlar los estímulos y no al paciente se consigue mejorar la interacción de la persona con su entorno y así fomentar la salud.

1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La práctica de enfermería se centra en el cuidado de la persona que interactúa con su entorno teniendo como resultado experiencias de salud, Florence Nightingale fundadora de la enfermería profesional afirmó que los cuidados de enfermería no solo son basados en la compasión, sino que también se debe incluir la observación, la experiencia, los datos estadísticos y el conocimiento.²³

En el área de salud enfermería es la única profesión cuyo objeto de estudio es el cuidado de la persona en su totalidad conservando las bases que dejó Nightingale. A mediados del siglo XIX surgieron las teorías de enfermería para considerarse como una disciplina científica para describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de la profesión bajo la filosofía de lo que es la profesión y de su quehacer para que constituya el fundamento de su teoría y el conocimiento científico de la época en la que fue elaborada.

Las teorías sirven como fundamento del proceso científico, guían el proceso de atención, brindan autonomía profesional ya que orientan las funciones asistenciales docentes y de investigación. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería. En su origen cuando se aplicó el método científico en la práctica asistencial de enfermería y fue propuesto por primera vez en 1955 se consideraban tres etapas (valoración, planeación y ejecución), en 1967 se establecen cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación), sin embargo, después de 1974 algunas autoras establecen cinco etapas, agregan el diagnóstico de enfermería.

²³ Téllez Ortiz S, García Flores M. Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC Y NOC. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2012.

La definición de Proceso de Atención de Enfermería es variada pudiéndose concluir como un método ordenado y sistemático para identificar problemas reales y/o potenciales a través de la información obtenida para planear y ejecutar acciones a favor del individuo, familia y la comunidad y evaluar el cuidado de enfermería.²⁴

1.4.1 Características

El PAE es considerado como el método que aplica las bases teóricas a la práctica de enfermería para lograr que se concentren los conocimientos y ayudar a resolver los problemas del paciente. El objetivo de enfermería es mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo, el PAE es un conjunto de pautas organizadas para cumplir dicho objetivo y al encontrar alguna alteración promueve los cuidados necesarios para establecer su bienestar.

Las características más importantes son:²⁵

- Sistemático.
- Dinámico.
- Flexible.
- Posee una base teórica.
- Tiene una finalidad.

Para realizar un PAE se exigen habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices, para interactuar con los individuos, observar, valorar, decidir, realizar y evaluar. El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería que requiere actividad especial y continua con el sujeto de atención, ya que está orientado a mejorar y resolver las respuestas humanas derivadas del problema de salud.

Está compuesto de cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico

²⁴ Téllez Ortiz S. Idem.

²⁵ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

1.4.2 Ventajas para la enfermera

- Proporciona un enfoque intencional sistemático y organizado de la práctica para cumplir el objetivo principal que es promover, mantener o recuperar el bienestar del individuo, contribuir en mejorar la calidad de vida y maximizar la utilización de los recursos disponibles.
- Definir los objetivos, fijar las prioridades, identificar los cuidados que hay que proporcionar y movilizar recursos.
- Evaluar los resultados al ser un proceso dinámico que se presta a la adaptación y mejoría.
- La sistematización permite organizar el trabajo evitando problemas del uso de la intuición y costumbres, y así brindar cuidados de calidad y orientados al logro de los objetivos.
- Al ser dinámico el proceso de los cuidados evoluciona según las respuestas humanas lo que lleva al profesional a un cambio continuo e interactivo entre paciente-profesional de enfermería.
- Es flexible, la práctica de cuidados puede desarrollarse en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Exige fundamentación teórica donde se puede aplicar cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.
- Fundamenta el ejercicio de enfermería y ayuda para realizar estudios sobre el ser y quehacer de la profesión, también compara resultados de la aplicación de diversas corrientes teóricas, así como monitorea cuidados, pautas terapéuticas y establecimiento de normas.

- Sistematiza el campo de actuación de la enfermería para definir su papel ante los usuarios y otros profesionales de la salud ya que se trascienden las funciones dependientes e interdependientes.²⁶
- Aumenta la satisfacción del trabajo y potencializa la excelencia del profesional, estimula el pensamiento crítico y reflexivo, la creatividad, las innovaciones, desarrolla habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas.
- Realizan aporte a la investigación validando el diagnóstico existente, así como poder identificar diagnósticos que aún no estén definidos.

1.4.3 Ventajas para el paciente

- Garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, recibe atención individualizada continua y de calidad de acuerdo con la priorización de sus problemas.²⁷
- Involucra al paciente y familia en la participación de identificación de problemas o necesidades, conocen los datos de la evaluación, participan en la elaboración de objetivos y comprueban el cumplimiento de estos.
- Participan en las actividades necesarias para el logro de los objetivos del cuidado y comprueban los resultados que se obtuvieron.
- Favorece un ambiente seguro y terapéutico al ser un cuidado continuo.

1.4.4 Etapas del proceso atención de enfermería

Todas las fases se relacionan de manera directa una con la otra, es flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones con el fin de identificar las necesidades reales y/o potenciales, establecer planes de cuidado y actuar para resolver, prevenir y sanar los problemas.

²⁶ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

²⁷ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

Para su aplicación es necesario que el personal de enfermería cuente con cualidades interpersonales (comunicación, capacidad de escuchar, demostrar interés, conocimientos y generar confianza), cualidades técnicas en el buen uso de los equipos y procedimientos, y cualidades intelectuales (solución de problemas, pensamiento crítico, hacer juicios de enfermería y toma de decisiones).²⁸

1.4.4.1 VALORACIÓN

Se trata de la primera fase que se define como un proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de un individuo a través de diferentes fuentes que se dividen en primaria (la persona, la familia y la comunidad) y secundaria (expediente clínico). El objetivo de la valoración inicial del estado de salud o bienestar es identificar los parámetros del estado físico, psicológico, social y espiritual que determinen problemas en la salud e identificar las limitaciones del individuo.²⁹

Para una adecuada valoración se necesita de valores, conocimientos y cualidades para integrar de forma lógica, analítica y reflexiva la información necesaria para alcanzar los objetivos del cuidado. Entre los cuales se mencionan:

- **Identidad profesional:** Valores y aspectos éticos de la profesión y de la enfermera como ser humano con formación para el cuidado de la vida de otros seres humanos.
- **Conocimientos:** Que sean completos y permitan a la enfermera la solución de los problemas identificados, analizar, sintetizar y reflexionar la toma de decisiones que en la mayoría de los casos es continua.
- **Habilidades:** Utilizar métodos y procedimientos para una buena recolección de datos.

²⁸ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

²⁹ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

- Comunicación eficaz: Implica conocer y manejar las teorías de comunicación y aprendizaje.
- Observación sistemática: Uso de los sentidos para identificar todos los datos necesarios para reconocer los problemas, respuestas humanas o necesidades de salud.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

Se debe adquirir el hábito de seguir un orden para no olvidar u obviar un dato e identificar las respuestas humanas, problemas de salud reales o potenciales, factores directos o indirectos que contribuyen en los problemas de salud, factores que sean generadores de problemas y aun no estén presentes y factores que puedan ayudar al mantenimiento o recuperación de la salud. La sistemática se basa en diferentes criterios, los más comunes son:

- a) Seguir un orden de cabeza a pies.
- b) Considerar un orden por sistemas y aparatos.
- c) Patrones funcionales de salud.³⁰

Un dato es una información concreta los cuales pueden ser: signos, síntomas, conductas, sentimientos y manifestaciones verbales o no verbales; que nos permitan saber las características personales, las capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y factores personales o ambientales que causen daño a la salud.

Los datos son clasificados en:

- a) Subjetivos: son aquellos que la persona siente o percibe y no se pueden medir.³¹
- b) Objetivos: son los que se pueden medir a través de escalas o instrumentos y son observables.

³⁰ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

³¹ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

- c) Datos históricos o antecedentes: hechos que hacen referencia a situaciones de pérdida de salud que ocurrieron con anterioridad.

1.4.4.1.1 Métodos para obtener datos

- Entrevista clínica

Es la forma directa de obtener un mayor número de datos. La entrevista puede ser formal que consiste en comunicación con un propósito específico para realizar la historia del paciente apoyado con un instrumento; o entrevista informal que es la conversación enfermera paciente en el curso del cuidado. La entrevista tiene varias finalidades como obtener información específica, y necesaria, facilitar y fomentar la relación entre la enfermera y el paciente; le permite al paciente mantenerse informado y ayuda a la enfermera a identificar otras áreas que requieran de su análisis.

La entrevista consta de tres partes:

- a) Apertura: Es la fase de aproximación creando un ambiente favorable desarrollando una relación interpersonal positiva.³²
- b) Cuerpo: Es la parte para la obtención de información necesaria e inicia por la causa por la cual acude al servicio de salud y se amplía hacia otras áreas como historia de la salud, la vivienda, el trabajo, la familia, cultura y religión.
- c) Cierre: Es la fase para resumir los datos más significativos.

La entrevista puede ser interrumpida por que no se comprende el problema del paciente o por una reacción adversa del paciente a la enfermera o viceversa. Para que una entrevista sea exitosa la enfermera debe contar con empatía (capacidad de comprender y/o percibir), calidez y respeto (transmitir interés y preocupación

³² Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

por el paciente, preservando su forma de pensar y sus valores ideológicos y éticos).³³

- Observación

A través de la observación y el uso de los cinco sentidos se realiza la recolección de datos. Lo cual tiene dos aspectos, el notar los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos. La observación es una habilidad que requiere práctica y disciplina. Los datos obtenidos deben ser validados o descartados a través de otras fuentes de información.

- Exploración física

Es la actividad final de la recolección de datos a través de cuatro técnicas específicas que determina a profundidad la respuesta del paciente a la enfermedad y confirma los datos subjetivos.

1º Inspección: Es el examen visual para determinar el estado o respuestas normales o anormales en las características físicas como tamaño, forma, posición, color, textura, aspectos, movimiento y simetría.

2º Palpación: A través del tacto se determinan características de estructura corporal debajo de la piel como tamaño, formas, temperatura, pulso, consistencia y movilidad.

3º Percusión: A través de uno o varios golpes en la superficie corporal para identificar: sonidos sordos en músculos o huesos, sonidos mates en hígado y bazo, sonidos hipersonoros en pulmón normal lleno de aire y sonido timpánico en estómago lleno de aire.

4º Auscultación: A través de un instrumento se escuchan los sonidos que producen los órganos del cuerpo.³⁴

³³ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

³⁴ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

1.4.4.1.2 Validación de datos

Asegurar que la información reunida es verdadera verificando que los datos sean correctos siendo considerados como datos verdaderos aquellos que pueden ser evaluados en escalas de medidas. Cuando un dato no sea validado se busca nueva información u otras fuentes.

1.4.4.1.3 Organización de datos

- a) Los datos se agrupan de forma que permitan la identificación del problema y depende del modelo teórico que se maneje.
- b) Datos de identificación.
- c) Datos culturales y socioeconómicos.
- d) Historia de salud: diagnósticos médicos, resultado de pruebas diagnósticas y tratamientos prescritos.
- e) Valoración física.
- f) Problemas identificados.³⁵

1.4.4.1.4 Documentación y registro de la valoración

Los datos que se recolectaron y organizaron se registran en un documento como forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud para evitar la repetición de interrogatorios y exploraciones, y permite al personal de enfermería desarrollar los diagnósticos e intervenciones de enfermería.

Para un correcto registro de datos deben estar en forma objetiva sin prejuicios u opiniones y ser descritos o interpretados con pruebas y observaciones concretas, la información subjetiva debe aparecer entre comillas, evitar generalizaciones como normal, regular etc. Los hallazgos deben describirse de forma meticulosa describiendo forma, tamaño, color, consistencia etc. las anotaciones deben de ser

³⁵ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

claras, precisas, legibles, con tinta indeleble, ortografía correcta y no usar abreviaturas.³⁶

1.4.4.2 DIAGNÓSTICO

Trata de la segunda fase sobre el diagnóstico de enfermería que es el enunciado que explica y describe los problemas reales y/o potenciales de los procesos vitales de un individuo que requiere atención de salud. Un diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre las respuestas humanas a problemas de salud/procesos vitales reales y/o potenciales. El diagnóstico de enfermería define con claridad la práctica profesional y marca la diferencia entre otros miembros del equipo de salud.

El diagnóstico de enfermería no es un diagnóstico médico, en la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y tratamiento (en la enfermedad y control de signos y síntomas), por el contrario el personal de enfermería centra su atención para identificar las respuestas humanas a problemas de salud o procesos vitales, la dimensión de las funciones es según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera: Dependiente al administrar un medicamento prescrito, Interdependiente al interactuar con otros profesionales en un tratamiento, e independiente acción reconocida legalmente como responsabilidad de la enfermera sin supervisión de otros profesionales.³⁷

Pasos para la elaboración de un diagnóstico de enfermería:

- Preguntar al paciente sobre su principal problema o preocupación.
- Valoración completa con base en el modelo teórico.
- Jerarquización de los problemas.
- Relacionar el problema con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA cumpliendo al menos con una característica definitoria.
- Determinar el factor relacionado.

³⁶ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

³⁷ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

- Identificar factores de riesgo.
- Formular el diagnóstico.³⁸

1.4.4.2.1 Tipos de diagnósticos de enfermería

La comisión Permanente de Enfermería determino tres tipos de diagnóstico:

1º Reales: Es un juicio clínico confirmado por la presencia de signos y síntomas.

2º De riesgo: Señala el riesgo de desarrollar en un futuro cercano problemas de salud que aún no se tienen.

3º De bienestar: Describe aspectos de la persona con bajo nivel de bienestar.

En algunos formatos la estructura del diagnóstico es PES y consta de dos o tres partes dependiendo el tipo de diagnóstico, real tres, y de riesgo y bienestar dos.

(Problema + Etiología + Signos y síntomas)

Problema: Etiqueta diagnostica de NANDA.

Etiología: Factor relacionado.

Signos y síntomas: Características definitorias.

La estructura PES y un componente taxonómico son la base para organizar la información recolectada de acuerdo con el modelo o marco teórico.

1.4.4.2.2 Componentes de los diagnósticos NANDA

- a) Etiqueta diagnóstica: Es la frase o término que representa un patrón que hace una descripción concisa del problema.
- b) Definición: Desarrolla el significado de manera clara y precisa de la categoría y la diferencia de las demás.

³⁸ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

- c) Características definitorias: Es la que le da el significado al diagnóstico.
- d) Factores relacionados: Son factores fisiopatológicos que se relacionan con el tratamiento, la situación y la maduración que puedan influir en el estado de salud.³⁹

1.4.4.3 PLANEACIÓN

Es la tercera fase que planea las estrategias para prevenir, corregir o minimizar los problemas identificados en el diagnóstico.

1.4.4.3.1 Determinación de prioridades

Se establecen prioridades que se identificaron durante la valoración y necesitan atención inmediata y las cuales pueden atenderse en un momento posterior así los cuidados de enfermería se brindaran con prioridad a los problemas que amenacen o pongan en peligro la vida y posterior se brindan cuidados a los problemas que no ponen en riesgo la integridad y funcionamiento fisiológico del individuo, esto no significa que un problema tenga que ser completamente resuelto para considerar el otro sino actuar de forma simultánea, en ocasiones un problema genera otro y al atenderlo primero permite descartar los que se derivan de él.

Se debe tomar en cuenta que no es solo resolver los problemas de enfermedad también se debe incluir el atender y resolver las necesidades en estado de salud o bienestar.⁴⁰

1.4.4.3.2 Planteamiento de objetivos

La determinación de los objetivos o metas esperadas es el resultado que se espera de los cuidados de enfermería, lo que se desea lograr con el paciente para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería,

³⁹ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

⁴⁰ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

los objetivos se derivan de la primera parte del diagnóstico (problema: etiqueta diagnóstica) para determinar si se alcanzó el objetivo.

Los resultados esperados deben centrarse en el comportamiento de la persona, ser observables y medibles, claros y concisos, limitarse en tiempo a corto y mediano plazo y ajustarse a la realidad.

El objetivo debe redactarse en base a la función de lo que debe lograr el paciente y no la enfermera; para comprender la dirección al resolver el problema se puede aplicar las tres áreas de acción, la cognitiva, la afectiva y la psicomotriz.

Los resultados pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana, síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y estados emocionales.⁴¹

1.4.4.3.3 Documentación de plan de cuidados

La planeación de las intervenciones de enfermería se enfoca en ayudar al paciente a lograr los objetivos del cuidado, se centra en el factor que se deriva del problema, por lo tanto, se dirige a eliminar los factores que causan el problema que sería el factor relacionado que corresponde a la segunda parte de la estructura del diagnóstico.

Las intervenciones de enfermería NIC señalan las acciones que corresponden a cada intervención. Las intervenciones deben de ser coherentes con el plan de atención, basarse en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico y seguro, enseñar al paciente a utilizar recursos adecuados, describir la forma en que se realiza la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración de la acción de enfermería. Pueden desarrollarse varias acciones para el logro de un objetivo y se podrán

⁴¹ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

modificar las veces que sean necesario a medida que el paciente disminuya o mejore su estado de salud.⁴²

1.4.4.4 EJECUCIÓN

Se trata de la cuarta fase que es la realización del planteamiento de la atención de enfermería desarrollando las actividades para lograr los objetivos ya planteados. Las acciones deben tener base en principios científicos para brindar cuidados de calidad.

Esta fase consta de varias actividades y toma de decisiones de carácter independientes: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar las acciones de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1.4.4.4.1 Preparación del plan de atención

En la elaboración de plan de cuidados se debe identificar que las actividades coincidan con las necesidades, respuestas humanas y características de la persona. Se realizará el análisis de nivel de conocimientos, habilidades y capacidades para realizar la actividad planeada para prevenir posibles complicaciones, así como preparar con anticipación el material y equipo necesario, asegurar un ambiente agradable, confortable y seguro para el paciente a la hora de desarrollar el plan.⁴³

1.4.4.4.2 Documentación del plan de atención

El registro de enfermería es un documento considerado médico-legal que forma parte importante del expediente clínico y también de la historia clínica en el cual se debe describir cronológicamente la situación, evolución del estado de salud, intervenciones en la promoción de la salud y prevención de enfermedad, tratamiento y rehabilitación que se proporciona. Es un documento que juega un papel importante al ser considerado un instrumento jurídico ya que puede ser

⁴² Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

⁴³ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

utilizado como evidencia entre usuarios y prestadores del servicio de salud para evaluar la actuación de los miembros del equipo de salud.

Al ser estructurado y escrito el plan, se procede a brindar la atención que se planeó. El desarrollo de las intervenciones va seguido de la completa y exacta anotación de los hechos ocurridos.

A lo largo de la etapa se sigue realizando la valoración del paciente en su estado de salud y de las respuestas humanas para que esta información sea utilizada para determinar si los objetivos planteados sean o estén en vías de ser alcanzados y establecer cambios en el plan de cuidados si así lo requiere de acuerdo con su evolución.⁴⁴

1.4.4.5 EVALUACIÓN

Es la última fase que trata de un proceso continuo que es utilizado para juzgar cada parte del proceso de enfermería comparando el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

1.4.4.5.1 Evaluación del logro de los objetivos

Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento señalado en el objetivo del plan de atención con el fin de verificar si el objetivo se logró. Un logro total es cuando el individuo es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el objetivo; un logro parcial es cuando el individuo está en proceso de alcanzar el resultado o puede demostrar el comportamiento, pero no como se mencionó en el objetivo, cuando el problema no se resuelve se afirma que no hubo logro y se inicia la segunda parte de la evaluación.

⁴⁴ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

1.4.4.5.2 Revaloración del plan

Es un proceso para cambiar o modificar los diagnósticos, los objetivos y las intervenciones que no fueron funcionales o adecuados con base en los datos que proporcionó el paciente. Los datos para la revaloración se obtienen por el personal de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa el cuidado y en caso necesario puede retomarse las fuentes primarias y secundarias.

Al realizar una revaloración se puede presentar:

- Que las prioridades cambien de orden.
- Que haya surgido un nuevo problema.
- Que el problema haya sido resuelto.
- Que el objetivo no se logró o se logró de manera parcial.

Ante los resultados anteriores se deberá cambiar el orden de prioridad de los problemas, eliminar diagnósticos de los problemas resueltos y elaborar nuevos diagnósticos para los nuevos problemas, replantear nuevos objetivos y acciones para resolver el problema persistente e identificar las razones por la cual no se logra el objetivo o se logra en forma parcial.⁴⁵

1.4.4.5.3 Satisfacción de la persona del cuidado

La evaluación y revaloración desarrolla habilidades para realizar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del paciente, brinda retroalimentación para determinar si el plan de cuidados fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas identificados, ayuda al profesional de enfermería a diseñar protocolos en plan de cuidados satisfactorio y en caso contrario permite valorar lo correcto e incorrecto del plan.

El usuario no siempre tiene el conocimiento de lo que implica cuidados profesionales y puede llegar a sentirse satisfecho, aunque reciba cuidados

⁴⁵ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

insuficientes o al contrario sentirse insatisfecho a pesar de que se trate de cuidados eficaces y eficientes de enfermería.

El PAE es la herramienta indispensable para la aplicación de marcos teóricos desarrollados para guiar y orientar la práctica del profesional de enfermería, constituye la metodología para sistematizar dirigir y estandarizar los cuidados que día a día se ofrecen.⁴⁶

⁴⁶ Téllez Ortiz S. Ibid., p. 28.

2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se realizó en el servicio de hospitalización ginecológica del Hospital General “Chalco” en el periodo de servicio social de la generación 2017-2018; donde se identificaron las necesidades alteradas en una paciente posquirúrgica con choque hipovolémico corregido.

El día 13 de diciembre del 2017, se realiza la observación y recolección de datos f por medio de la entrevista de una fuente primaria (paciente) y una fuente secundaria (expediente clínico) con previa autorización; obteniendo datos objetivos y subjetivos, posteriormente se lleva a cabo la valoración cefalocaudal a través de la exploración física que se sustentaron en el marco conceptual del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.⁴⁷

Más adelante se analizaron y se interpretaron los datos obtenidos y se destacan datos de mayor relevancia, se identificaron las alteraciones y se clasificaron en reales y de riesgo para formular diagnósticos y establecer prioridades. Se elaboraron objetivos, se desarrollaron intervenciones utilizando las interrelaciones NANDA-NOC-NIC.

Posteriormente se lleva a cabo el plan de enfermería realizando las intervenciones planeadas basadas en el cumplimiento de los objetivos y la escala Diana y la evolución del paciente.⁴⁸ Finalmente se realizó el plan de alta.

⁴⁷ Luckmann J. Cuidados de enfermería. Técnicas de valoración física. Vol. I. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.

⁴⁸ Manual de enfermería. Proceso de atención de enfermería. Colombia: Zamora Ed. SAS; 2000.

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Señora SPPL de 32 años con escolaridad de preparatoria terminada; actualmente se dedica al hogar. Vive en unión libre con su pareja y dos hijos habitan en casa propia que cuenta con todos los servicios como luz, agua, drenaje y piso de asfalto. Ella se encarga de llevar a sus hijos a la escuela, así como del aseo de su hogar mientras su pareja trabaja para el sustento familiar. Su alimentación consiste en tres comidas al día, pocas veces incluye verduras, siempre consumen fruta y abundante agua. Realiza hábitos higiénicos diarios, cuenta con una mascota (perro), su religión es católica, no practica deporte y en su tiempo libre visita a su familia.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Padre diabético, niega cualquier otra patología hereditaria y enfermedades alérgicas.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Refiere cursar con el tercer embarazo los cuales son una cesárea hace 12 años, un parto natural hace 10 años, ambos en control prenatal sin complicaciones y cero abortos, menarca presente a los 15 años con sangrado abundante cada 30 días. Método de planificación familiar DIU, posterior píldoras e inyección anticonceptivas. FUM 17-10-17. Prueba de embarazo positiva.

PADECIMIENTO ACTUAL: Ingresa al servicio de urgencias por dolor en hipogastrio con evolución de dos horas antes de ingresar al servicio.

EXPLORACIÓN FÍSICA PREOPERATORIA:

1º Neurológico: Glasgow de 13, pupilas normoreflexivas, reflejos presentes.

2º Cardio-hemodinámico: presión de perfusión de 57, ruidos cardiacos rítmicos.

3º Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ventilación, saturando al 93% con FiO₂ de 60% y llenado capilar lento.

4º Digestivo: Peristalsis disminuida, abdomen blando depresible doloroso.

5° Renal: Volumen urinario (1 a 3 ml x kg x hora); productos de desecho BUN 17 mg/dl, Urea 36 mg/dl, Creatinina 0.9 mg/dl.

6° Medio interno: Sodio 139.0 mmol, Potasio 3.1mmol, Cloro 107.0 mmol, Magnesio 1.5 mg/dl, Fosforo 3.1 mg/dl, Calcio 6.7 mg/dl.

7° Hidro-metabólico: Mucosa oral semihidratada, Glucosa 194 mg/dl, Gasometría arterial pH 7.57, pCO² 34, pO² 31, y HCO³ 19.7.

8° Hemato-infeccioso: Sangrado transvaginal nulo, Hemoglobina 9.6 g/dl, Hematocrito 27.9 %, Plaquetas 200 x 10³ mm³.

9° Hallazgos de estudios de laboratorio y gabinete: Rastreo USG con hallazgos de líquido en fondo de saco y correderas parietocolicas

3.2 PRESENTACIÓN DEL CASO

Nombre: SPPL

Edad: de 32 años

Servicio: Hospitalización-ginecología

Diagnóstico: Hemorragia Obstétrica (Choque hipovolémico grado III) corregido posterior a embarazo ectópico roto más anemia aguda secundaria.

Procedimiento quirúrgico: Laparotomía exploratoria y Salpingectomía derecha.

La señora SPPL acude con su esposo al servicio de urgencias el día 12 de diciembre del 2017 a las 4:30 am, refiriendo dolor en hipogastrio en la Escala visual-analógica (EVA) de 10. El esposo refiere que presentó síncope (desmayo) con pérdida de conciencia aproximadamente por un minuto; además de relajación de esfínteres (pérdida de líquido), movimiento tónico clónico generalizado (temblores). Segundos después intentó levantarse y pierde nuevamente el estado de conciencia.

Menciona sobre la realización de una prueba de embarazo positiva de 15 días de antigüedad. Fecha de última menstruación (FUM) 17-10-17, se traduce en un embarazo de 8 semanas de gestación; sería la gesta 3, (1 cesárea hace 12 años, 1 parto natural hace 10 años).

A la toma se signos vitales se encuentra: hipotermia 35.1°C, hipotensa 70/50 mmHg, SaO² al 93%, FC 88 lxm, FR 18 rxm. Se le realiza tacto vaginal encontrándose cérvix cerrado-posterior, sin pérdidas transvaginales y con dolor intenso a la motilidad cervical. Se realiza rastreo USG con hallazgos de líquido en fondo de saco y correderas parietocolicas. Se toman laboratorios que indican: hemoglobina de 9.6 g/dl, leucocitos de 15.4 10³ mm³, eritrocitos de 2.84 10³ mm³, MCV volumen corpuscular medio de 98.3 fl, plaquetas de 200 x 10³ mm³, glucosa de 194 mg/dl, hematocrito de 27.9 %, TP 12.9 seg, TTP 12 seg.

Pasa a quirófano para llevar a cabo el procedimiento de laparotomía exploratoria y salpingectomía; en la cual se reporta un sangrado de 2000 ml. Se transfunden tres

paquetes globulares además de infundir 1000 ml de poligelina. Durante la recuperación quirúrgica se mantiene con signos estables, saturando al 100% con apoyo ventilatorio de puntas nasales a 3 ltrs/min. Se descarta la opción de ingreso a terapia intensiva. Se mantiene con glucosa 106 mg/dl, leucocitos $15.1 \times 10^3 \text{ mm}^3$, eritrocitos de $2.91 \times 10^3 \text{ mm}^3$, hemoglobina de 9.7 g/dl, hematocrito de 28.9 %, MCV de 96.5 fl, plaquetas de $185 \times 10^3 \text{ mm}^3$ y gasometría arterial de pH 7.38, pCO_2 33, pO_2 70, y HCO_3 20. Pasa a hospitalización ginecológica.

El día 13 de diciembre se toman laboratorios de rutina los cuales reportan leucocitos de $9.1 \times 10^3 \text{ mm}^3$ eritrocitos de $2.43 \times 10^3 \text{ mm}^3$ hemoglobina de 8.2 g/dl hematocrito de 23.8 %, MCV 97.9 fl y plaquetas de $165 \times 10^3 \text{ mm}^3$. A la exploración física céfalo-caudal: consciente, somnolienta, normocefalica, pupilas isocóricas, normoreflexicas apoyo ventilatorio por puntas nasales a 3 ltrs/min a causa de disnea al esfuerzo, mucosa oral deshidratada, palidez tegumentaria, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, abdomen blando depresible con palpación de fecalito, sonidos abdominales hipoactivos y refiere incapacidad para defecar durante su estancia hospitalaria, herida quirúrgica abdominal media infraumbilical de 10 a 12 cm aproximadamente limpia en regeneración celular, bien afrontada con sutura de Nylon 2-0 y ausencia de sangrado, drenaje penrose derecho con escasa salida de líquido serohemático, sonda vesical a derivación con volúmenes adecuados ($1-3 \text{ ml} \times \text{kg} \times \text{hora} = 120\text{ml}$), sin pérdidas transvaginales. Accesos venosos en miembros torácicos derecho e izquierdo funcionales sin datos de infiltración. Miembros pélvicos con vendaje tromboproláctico. Signos vitales FC: 90 lxm, T/A: 90/70 mmhg, PAM: 76 mmHg, FR: 22 rxm con alteración del ritmo y la profundidad, Temperatura $37.5 \text{ }^\circ\text{C}$ sin presentar fiebre posteriormente, llenado capilar de 5 seg. Glasgow 15pts.

Emocionalmente la señora SPPL cursa con cambios emocionales se encuentra triste, intranquila y con gestos de suspiros, pero motivada por sus dos hijos y su esposo para su recuperación, la paciente no expresaba sus sentimientos a sus familiares o al personal de salud a menos que se le preguntara algo, al interrogarse menciona que se encuentra muy angustiada por la pérdida de su tercer hijo y

expresa verbalmente su dolor y la preocupación por su salud, piensa mucho en sus dos hijos menores que no podían entrar a visitarla, pero estaban ansiosos por verla y esperaban fuera del hospital, siempre mandaban saludos. Durante la visita su esposo se mostró angustiado y cooperador con las indicaciones que se daban, se notaba el apoyo mutuo en un ambiente cariñoso y sólido, la mamá de la señora SPPL y demás familia daban palabras de aliento y ánimo. Motivo por el cual la Sra. SPPL se muestra cooperadora para un pronto recuento con su familia.

La señora SPPL ingreso al Hospital General de Chalco el día 12 de diciembre del 2017 a las 4:30 am y egreso el día 15 de diciembre del 2017, el PAE es elaborado a partir del día 13 de diciembre hasta el egreso.

La señora SPPL vive en el pueblo de San Mateo Huitzilzingo en el Estado de México, con sus dos hijos y su esposo. La casa es propia de concreto y cuenta con todos los servicios. Se dedica al hogar y depende económicamente de su esposo. Realizan tres comidas al día incluyendo pocas veces las verduras. Se preocupa por el bienestar de todos los integrantes de su familia. Menciona que la llegada del nuevo bebé los tenía muy felices ya que son una familia siempre unida y oran ante Dios por su partida.

La familia de la señora SPPL es derechohabiente al ISSSTE, pero la urgencia los hizo ingresar al Hospital General de Chalco y a la explicación de que tenía que realizar la cirugía pensó en retirarse e ir a donde le corresponde, al explicarle los riesgos que se corren decide que se realice la cirugía sin importar los gastos. Al principio hubo preocupación por los gastos, posteriormente se le informa sobre un programa llamado "Programa prioritario para la mujer embarazadas del Estado de México", que cubre los gastos que en este caso ascendieron aproximadamente a 15 000 pesos.

INDICACIONES MÉDICAS

1º Dieta líquida.

2º Vía 1 Solución Hartmann de 1000cc para 8 hrs.

Vía 2 Solución Mixta de 1000cc para 12 hrs.

3º Amikacina 500 gr. IV cada 12 hrs.

Metamizol 1gr. IV cada 8 hrs.

Clonixinato de lisina 100 mg. IV cada 12 hrs.

Omeprazol 40 mg. IV cada 24 hrs.

Sulfato ferroso 200 mg. VO cada 12 hrs.

Gluconato de calcio 1 gr. al concluir paquete globular.

4º Hemotransfundir 1 paquete globular en 30 min.

5º Cuidados generales de enfermería y monitoreo continuo de constantes vitales.

Cuidados y cuantificación de sonda foley a derivación.

Cuidados de herida quirúrgica y vendaje abdominal.

Cuidado de drenaje penrose y cuantificación de gasto.

Vendaje de miembros pélvicos.

6º Toma de muestra sanguínea para Biometría Hemática, Química Sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación.

3.3 PRIORIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS

- 1) Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida sanguínea 2000 ml M/P disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardiaca.
- 2) Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión M/P disnea, taquicardia y palidez.
- 3) Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gástrica y trastornos emocionales M/P incapacidad para defecar y sonidos abdominales hipoactivos.
- 4) Duelo R/C pérdida de la persona significativa M/P búsqueda del significado de la pérdida a través de expresión verbal.
- 5) Disposición para mejorar los procesos familiares M/P expresa deseos de mejorar la adaptación.
- 6) Disconfort R/C recursos económicos insuficientes M/P insatisfacción con la situación económica y suspiros.
- 7) Riesgo de disminución de perfusión tisular cardiaca R/C hipovolemia.
- 8) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos y disminución de la hemoglobina.
- 9) Riesgo de caídas R/C disminución de los glóbulos rojos, recuperación posoperatoria y entorno hospitalario.

3.4 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

- Independientes:

1. Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión M/P disnea, taquicardia y palidez.
2. Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gástrica y trastornos emocionales M/P incapacidad para defecar y sonidos abdominales hipoactivos.
3. Duelo R/C pérdida de la persona significativa M/P búsqueda del significado de la pérdida a través de expresión verbal.
4. Disposición para mejorar los procesos familiares M/P expresa deseos de mejorar la adaptación
5. Disconfort R/C recursos insuficientes M/P insatisfacción con la situación y suspiros.
6. Riesgo de caídas R/C anemia, recuperación posoperatoria y entorno hospitalario.

- Interdependientes:

1. Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida sanguínea 2000ml M/P disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardiaca.
2. Riesgo de disminución de perfusión tisular cardiaca R/C hipovolemia.
3. Riesgo de infección R/C procesos invasivos y disminución de la hemoglobina.

3.5 PLAN DE CUIDADOS					
3.5.1 Planeación, Fundamento Científico, Ejecución y Evaluación					
Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Factor relacionado	Características definitorias	
	Déficit de volumen de líquidos		Pérdida sanguínea de 2000 ml.	Disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardiaca.	
Definición de etiqueta diagnóstica:	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
	Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua sin cambio en el nivel del sodio.	Equilibrio hídrico	A) 060101 Presión arterial B) 060122 Velocidad del pulso radial C) 060117 Humedad de membranas mucosas D) 060119 Hematocrito E) 060120 Densidad específica urinaria	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a: A) 2 B) 2 C) 3 D) 4 E) 4
Dominio: II Salud fisiológica Clase: G Líquidos y electrolitos Código: 0601					
Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación Código: 00027					
Objetivo: Asegurar el equilibrio hidroelectrolítico mediante la ministración de la terapia intravenosa para favorecer el equilibrio hemodinámico.					

Intervención NIC: Manejo de líquidos

Campo: 2 Fisiológico complejo

Clase: G Control de líquidos

Código:4120

Intervención NIC: Monitorización de líquidos

Campo:2 Fisiológico complejo

Clase: G Control de líquidos

Código: 4130

Intervención NIC: Reposición de líquidos

Campo: 2 Fisiológico complejo

Clase: N Control de la perfusión tisular

Código: 4140

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Hipotensión 90/70 mmhg 	<p>La disminución del gasto cardiaco (disminución de volumen sanguíneo) reduce la presión arterial que es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos durante la contracción (sistólica) y la relajación (diastólica) del corazón. El volumen de sangre distiende el ventrículo izquierdo al final de la diástole que depende del volumen circulante total (precarga) el corazón responde a diferentes volúmenes de sangre así al</p>	<ul style="list-style-type: none"> Terapia intravenosa Administración de coloides 	<p>La reposición de líquidos corrige el desequilibrio permitiendo el acceso inmediato a la vasculatura para suministro de líquido en dosis exactas y rápidas (cuidando que no se cause una sobre carga hídrica).</p> <p>Las soluciones coloides (derivados de la sangre, albumina, manitol) contienen proteínas que permanecen en el</p>	<p>La terapia intravenosa aumento el volumen sanguíneo, se mantuvo una correcta reposición de líquidos.</p> <p>La administración de paquetes globulares apoyan el suministro de hemoglobina en 0.5 g por paquete que finalizo con una cifra de 10.7 g/dl.</p> <p>Se recupera la estabilidad hemodinámica (la circulación sanguínea se estabiliza, aumenta el gasto cardiaco que al</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia 90 lxm • Mucosa oral deshidratada • Llenado capilar de 5seg. 	<p>disminuir el llenado durante la diástole disminuye la fuerza de contracción en la sístole.</p> <p>El corazón bombea sangre oxigenada a la circulación sistémica que la lleva a las células, al disminuir el volumen disminuye la concentración de oxígeno y aumenta la demanda de transporte de oxígeno acelerando la función cardiaca a través del sistema nervioso autónomo.</p> <p>El organismo está formado por 70% agua y se encuentra distribuido en tres compartimientos (intracelular, intersticial y plasma sanguíneo) que desempeñan papeles esenciales en el organismo como solvente universal de nutrientes, medio de transporte de oxígeno, equilibrio físico y químico y regulador de temperatura. Al disminuir el volumen sanguíneo se origina una pérdida de líquido en todo el organismo.</p> <p>Cuando el sistema cardiovascular deja de suministrar cantidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Balance de líquidos 	<p>espacio vascular no atraviesan la membrana celular que aumenta la presión osmótica dentro del espacio plasmático lo que produce la atracción de líquidos y aumenta el volumen intravascular. También se pueden usar soluciones cristaloides isotónicas (con la misma osmolaridad del plasma sanguíneo 285 a 295 mosm) que ayudan a expandir el compartimiento extracelular. Se restaura el volumen con infusión de cristaloides o coloides en 3:1 en relación con la pérdida.</p> <p>El llevar una relación entre la cantidad de líquido que ingresa y egresa garantiza el funcionamiento fisiológico del organismo. Si el funcionamiento renal y hormonal (el volumen de líquido extracelular es regulado en gran medida por la</p>	<p>mismo tiempo aumenta la presión diastólica y sistólica, satisfaciendo el riego sanguíneo y cubriendo la demanda celular que disminuye la función cardiaca).</p>
--	--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • PAM 76 	<p>adecuadas de sangre, el flujo sanguíneo se vuelve lento por déficit de volumen extracelular.</p> <p>La presión arterial media indica la perfusión de los órganos vitales donde 60-80 mmHg son los límites para tener una adecuada irrigación sanguínea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado hemodinámico 	<p>hormona aldosterona) son adecuados, la ingesta superior a los requerimientos corporales da por resultado un aumento de excreción urinaria.</p> <p>El estado hemodinámico refleja la función del sistema cardiovascular.</p>	
--	--	--	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica:		Factor relacionado:		Características definitorias	
	Deterioro del intercambio de gases		Desequilibrio de la ventilación perfusión		Disnea, taquicardia, y palidez	
Definición de etiqueta diagnóstica: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar. Dominio: 3 Eliminación e intercambio. Clase: 4 Función respiratoria Código: 0415	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana		
	Estado respiratorio	A. 041501 Frecuencia respiratoria B. 041502 Ritmo respiratorio C. 041503 Profundidad de respiración D. 041508 Saturación de oxígeno	Desviación grave del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve del rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5	Mantener a:	Aumentar a	
				A. 3	A. 5	
				B. 3	B. 5	
				C. 3	C. 5	
D. 4	D. 5					
Dominio: II Salud fisiológica	Clase: E Cardiopulmonar	Código: 0415				
Objetivo: Disminuir el trabajo respiratorio por medio de oxígeno suplementario.						
Intervención NIC: Oxigenoterapia Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: K Control respiratorio Código: 3320 Intervención NIC: Monitorización respiratoria						

Campo: 2 Fisiológico complejo
 Clase: K Control respiratorio
 Código: 3350

Intervención NIC: Flebotomía: muestra de sangre arterial
 Campo: 2 Fisiológico complejo
 Clase: K Control respiratorio
 Código: 4232

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Saturación de oxígeno al 93% Disnea 	<p>La concentración de oxígeno en sangre es 95% a 100% cuando disminuye el volumen sanguíneo disminuye la concentración de oxígeno en la sangre por la pérdida de los eritrocitos.</p> <p>Se trata de una respiración difícil y trabajosa en respuesta de la hipoventilación o déficit de ventilación-riego. Se incrementa la frecuencia y la profundidad de las respiraciones originando una mayor demanda en los músculos respiratorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> Administración de oxígeno suplementario humidificado Observar la ansiedad del paciente relacionado con la terapia de oxígeno. 	<p>El suplemento de oxígeno aumenta el porcentaje de oxígeno en sangre para aliviar la hipoxemia (aporte inadecuado de oxígeno a los tejidos) y por consiguiente disminuir el esfuerzo respiratorio y restablecer un patrón respiratorio normal. El oxígeno debe administrarse humidificado ya que seco irrita y deshidrata la mucosa respiratoria.</p> <p>Explicar al paciente el procedimiento reduce la ansiedad y el estrés, eliminando el miedo a lo</p>	<p>Al corregir la alteración que genera más problemas la mayoría de las veces corrige los problemas desencadenados de la misma.</p> <p>Al estabilizar la hemodinamia se cubre la demanda de oxígeno y mejora el proceso de ventilación y respiración celular.</p> <p>El oxígeno suplementario cubrió las demandas celulares para realizar las funciones del organismo manteniendo una saturación 98%.</p> <p>La gasometría arroja valores dentro de las cifras normales que no requiere continuar con el oxígeno suplementario.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Palidez dérmica • Taquicardia 	<p>que a su vez utilizan más oxígeno.</p> <p>Una circulación inadecuada por disminución del volumen sanguíneo produce el vaciamiento de redes capilares de la dermis dando un color blanco-amarillento por la falta de riego quien se encarga de dar color sonrosado a la piel gracias a los eritrocitos.</p> <p>La célula al no recibir un adecuado aporte de oxígeno manda señales nerviosas por medio del sistema nervioso autónomo para que el corazón bombee mayor cantidad de sangre y cubrir la demanda de oxígeno para la célula aumentando la frecuencia del ciclo cardiaco (es un latido cardiaco formado por una serie de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si se produce ruptura de la piel por fricción del dispositivo de oxígeno. • Toma de gasometría arterial 	<p>desconocido.</p> <p>No se debe administrar concentraciones altas de suplemento de oxígeno, si los centros respiratorios (bulbo y protuberancia del sistema nervioso central) detectan valores elevados de oxígeno es posible que se deprima el impulso ventilatorio y se produzca un paro respiratorio.</p> <p>Las puntas nasales están hechas de tubo de plástico que se adaptan a los orificios nasales y se extiende por las mejillas. El material se fricciona con el tejido subcutáneo que al aplicarse fuerza por fricción rompe el tejido conectivo de colágeno y las fibras elásticas.</p> <p>Los gases en sangre arterial se utilizan para valorar la oxigenación, la ventilación y el</p>	<p>Gasometría arterial de pH 7.38, pCO² 33, pO² 70, y HCO³ 20.</p>
--	--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> Eritrocitos de $2.43 \times 10^3 \text{ mm}^3$ 	<p>fenómenos eléctricos y mecánicos para la contracción y relajación).</p> <p>La función principal de los eritrocitos es el transporte de oxígeno. El eritrocito se une a la proteína llamada hemoglobina que con su compuesto de hierro se encargan del transporte de las moléculas de oxígeno. La disminución de cantidad de eritrocitos disminuye el transporte de oxígeno a las células.</p>		<p>equilibrio del pH del cuerpo.</p> <p>La oxigenación se valora mediante PaO_2 y la SaO_2 (presión parcial arterial de oxígeno y la saturación arterial de oxígeno) los valores bajos indican hipoxemia y exigen la administración de suplemento de oxígeno.</p> <p>La ventilación se valora examinando la PaCO_2 (presión parcial arterial de dióxido de carbono) los valores elevados indican hipoventilación o retención de CO_2.</p> <p>Los pulmones responden con rapidez al desequilibrio del pH reteniendo o eliminando más CO_2 la valoración precisa requiere de la función respiratoria y metabólica (renal).</p> <p>Valor normal: pH 7.35 a 7.45 PaO_2 80 a 100 mmHg</p>	
---	--	--	--	--

			PaCO ² 35 a 45 mmHg SaO ² 95 a 100 % HCO ³ 22 a 26 mEq/litro	
--	--	--	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Factor relacionado	Características definitorias	
	Estreñimiento		Disminución de la motilidad gástrica y trastornos emocionales	Incapacidad para defecar y sonidos abdominales hipoactivos	
Definición de etiqueta diagnóstica: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa he incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. Dominio: 3 Eliminación e intercambio	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
		Eliminación intestinal	A. 050101 Patrón de eliminación B. 050102 Control de movimientos intestinales C. 050129 Ruidos abdominales	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a:
	A. 2 B. 2 C. 2				A. 5 B. 5 C. 5
	Dominio: II Salud fisiológica				
	Clase: F Eliminación				
	Código: 0501				

Clase: 2 Función gastrointestinal Código: 00011					
Objetivo: Aumentar la peristalsis para restablecer la eliminación de heces.					
Intervención NIC: Manejo intestinal Campo: 1 Fisiológico básico Clase: B Control de eliminación Código: 0430					
Intervención NIC: Asesoramiento nutricional Campo: 1 Fisiológico básico Clase: B Control de eliminación Código: 5246					
Intervención NIC: Enseñanza: ejercicios prescritos Campo: 1 Fisiológico básico Clase: B Control de eliminación Código: 5614					
Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación	
• Ausencia de eliminación fecal	La eliminación poco frecuente de heces es causa de la reducción de volumen de dieta (ayuno), el reposo en cama q disminuye los movimientos peristálticos que se encargan de transportar el bolo alimenticio desde la deglución hasta la defecación a través de ondas	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar defecaciones en forma, frecuencia, consistencia, volumen y color. • Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal (deambulación). 	<p>Las características de las heces manifiestan alteraciones que se pueden clasificar según el color, olor, consistencia y frecuencia.</p> <p>La deambulación aumenta la peristalsis a través de la estimulación y el movimiento se activa el</p>	Se estabiliza la eliminación fecal apoyando la alimentación rica en fibra y promocionando la deambulación. Se logra conseguir una evacuación no dolorosa al día; con características que señalan una alteración ligera de estreñimiento.	

<ul style="list-style-type: none"> • Peristalsis hipoactiva • Estrés 	<p>peristálticas por el tracto gastrointestinal.</p> <p>La disminución de la motilidad del colon por reducción del tono del musculo liso intestinal es a causa del reposo que debilita el tono muscular.</p> <p>El estado de salud es una preocupación en general que produce estrés (es un conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuestas físicas ante determinados estímulos repetidos, o un estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior a lo normal). Tal estrés altera los movimientos peristálticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra 	<p>tono muscular aumentando las ondas peristálticas.</p> <p>La fibra es un carbohidrato que reduce el colesterol, mantiene estable las concentraciones de glucosa en sangre, reduce la absorción de grasa, favorece el tono del musculo gastrointestinal (alivia estreñimiento).</p>	
--	--	---	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Factor relacionado	Características definitorias	
	Duelo		Perdida de persona significativa	Búsqueda del significado de la pérdida a través de expresión verbal	
Definición de etiqueta diagnóstica: Complejo proceso que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales e intelectuales mediante las que las personas familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real o anticipada o percibida. Dominio: 9 Afrontamiento /Tolerancia al estrés. Clase: 2 Respuesta de afrontamiento Código: 00136	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
		Afrontamiento de los problemas de la familia. Dominio: VI Salud familiar Clase: X Bienestar familiar Código: 2600	A. 26003 Afrontar los problemas B. 260006 Implicar a los miembros de la familia en la toma de decisiones C. 260007 Expresar libremente sentimientos y emociones D. 260009 Utilizar estrategias para reducir el estrés E. 260011 Establecer prioridades F. 260020 Establecer la flexibilidad de los roles	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	Mantener a: A. 4 B. 4 C. 3 D. 3 E. 3 F. 4

Objetivo: Apoyar en la superación de la pérdida de la persona significativa.				
Intervención NIC: Facilitar el duelo Campo: 3 Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Código:2600				
Intervención NIC: Aumentar los sistemas de apoyo Campo: 3 Conductual Clase: Q Potenciación de la comunicación Código:5440				
Intervención NIC: Apoyo espiritual Campo: 3 Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Código:5420				
Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
• Expresión verbal	Los cambios y pérdidas en la vida de una persona relacionados con su salud, trabajo casa y/o familia, produce reacciones en una serie de etapas que varían de una persona a otra y de una situación a otra. A través del habla se comunica un mensaje usando palabras para interactuar con otros seres humanos y expresar sentimientos y emociones. El contenido del discurso se mezcla con características que definen el estado de ánimo como:	• Identificar la pérdida • Fomentar la expresión a cerca de la pérdida	El identificar la etapa del duelo (1. Negación, 2. Ira, 3. Negociación, 4. Resignación, 5. Aceptación.) Permite iniciar un proceso de aprendizaje donde las etapas no suceden en orden, pero finalmente se acepta la muerte como un hecho inevitable de la vida. El hecho de no resolver una pérdida reduce la posibilidad de afrontar pérdidas futuras y aumenta el riesgo de reacciones extremas como el intento de suicidio.	La paciente se encuentra en la etapa del duelo 4. Resignación. La paciente fue capaz de expresar su estado emocional a sus familiares, verbalizaba sentirse un poco más tranquila Ora ante dios por el alma de su hijo. Se logra brindar la confianza mediante la comunicación, escuchar, no juzgar y respetar, logrando que exprese sentimientos e

<ul style="list-style-type: none"> • Mirada ausente • Distracción 	<p>volumen, tono, rapidez, espontaneidad, suspiros titubeos y pausas, etc.</p> <p>Las reacciones verbales o no verbales proporcionan información sobre el estado emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar la expresión del duelo 	<p>La expresión verbal ayuda a liberar miedos, inquietudes y deseos; con apoyo del profesional de la salud se debe comprender el proceso del duelo.</p> <p>Valorar la totalidad de la persona, incluyendo estrés físico, emocional, social espiritual, intelectual y cultural; ayuda a identificar problemas reales y/o potenciales que puedan afectar la capacidad de la persona para desenvolverse en la familia y la sociedad o que puedan interferir en la recuperación de la enfermedad. La comunicación positiva entre la enfermera y el paciente favorece la empatía y las relaciones basadas en confianza. El paciente percibe que la enfermera se interesa por su bienestar, revela información personal que puede influir en el estado físico o en la capacidad para afrontar el</p>	<p>inquietudes. Se estimula la práctica de costumbres culturales o religiosas lo cual refiere que solo es orar ante una imagen religiosa.</p>
---	---	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la perdida • Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. 	<p>estado de salud</p> <p>Las experiencias sociológicas son los aspectos de vida influido por otros en factores culturales y espirituales. Cuando una persona cumple con su ideología refleja sus patrones cotidianos como hábitos y rutinas y ayuda a la persona a mantener el control y funcionamiento de su ambiente, que brinda seguridad.</p> <p>Cuando un miembro de la familia cambia su estilo de vida altera el rol de los demás integrantes por lo cual se deben planear estrategias que permitan adaptarse a los cambios para mantener el núcleo familiar incluyendo la vida marital y el desempeño del papel sexual.</p>	
--	--	--	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Característica definitoria		
	Disposición para mejorar los procesos familiares		Expresa deseos de mejorar la adaptación de la familia a los cambios y mejorar la seguridad de los miembros de la familia.		
Definición de etiqueta diagnóstica: Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado. Dominio: 7 Rol/ Relaciones Clase: 2 Relaciones familiares Código: 00159	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
	Resistencia familiar	A. 260804 Tolera las separaciones cuando son necesarias. B. 260805 Discute el significado de la crisis. C. 260806 Expresa confianza en la superación de las adversidades. D. 260807 Mantiene valores objetivos y sueños. E. 260810 Cooperera para superar los retos.	Nunca demostrado 1	Mantener a:	Aumentar a:
			Raramente demostrado 2	A. 4	A. 5
			A veces demostrado 3	B. 3	B. 4
			Frecuentemente demostrado 4	C. 4	C. 5
Siempre demostrado 5	D. 4	D. 5			
			E. 3	E. 4	
Objetivo: Mejorar los conocimientos que ayuden a superar las adversidades que ponen en riesgo la integridad de la familia.					
Intervención NIC: Mantenimiento en procesos familiares					
Campo: 5 Familia					
Clase: X Cuidados durante la vida					
Código:7130					

Intervención NIC: Fomentar la normalización familiar

Campo: 5 Familia

Clase: X Cuidados durante la vida

Código:7200

Intervención NIC: Apoyo a la familia

Campo: 5 Familia

Clase: X Cuidados durante la vida

Código:7140

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra interés en el tema • Interactúa positivamente con la familia 	<p>Cuando se desea cumplir un objetivo se busca la ayuda del profesional para la resolver dudas, reforzar actividades y planear estrategias para mejorar. Las respuestas verbales y faciales de asombro son características de una respuesta constructiva.</p> <p>Cuando un sujeto interactúa con amigos, familia, la comunidad y otras personas expresa emociones, valores y creencias que nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. • Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. • Ayudar a los miembros de 	<p>Adaptar los roles de cada miembro de la familia para mantener el equilibrio familiar eliminando miedos o suposiciones. El cerebro puede interpretar las situaciones inofensivas como peligrosas y disparar la ansiedad que surge de una percepción equivocada provocando daño innecesariamente.</p> <p>La incertidumbre ocasiona miedo, inquietud y estrés. Al estar en contacto con los miembros de la familia brinda tranquilidad y confort.</p> <p>Se debe incluir a todos los</p>	<p>Las orientaciones de la adaptación de los roles de cada miembro ante las alteraciones familiares son aceptadas y tomadas con mucha atención e interés. La paciente Laura pertenece a una familia apegada con valores firmes, muestran un ambiente cálido y de apoyo mutuo.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Coopera en las indicaciones • Expresa inquietudes 	<p>ayudan a identificar el estado de ánimo. El demostrar interés es crucial y tener una reacción constructiva tratando de evitar las reacciones destructivas.</p> <p>Las emociones se afectan por la situación en la que se encuentra, los sentimientos y como pensamos.</p> <p>Se crea angustia cuando el cerebro registra que estamos ante un peligro importante o algún tipo de amenaza, la finalidad de esta respuesta emocional es alertarnos para protegernos.</p>	<p>la familia a poner en práctica estrategias de normalización de la situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existente. • Identificar las necesidades del cuidado del paciente en casa y la incorporación de los cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida. 	<p>miembros de la familia para que contribuyan en la adopción de cada rol y se familiaricen con los cambios dentro de la familia para crear entornos positivos y no estresantes o violentos.</p> <p>De ser necesario se podría recurrir a consultas externas, como psicología y/o nutrición, para la adaptación a los cambios.</p> <p>Dar a conocer el plan de alta desde un punto de vista holístico mejora la calidad de vida del paciente, mantiene la pronta recuperación, previene complicaciones y enseña a detectar signos de alarma.</p>	
--	--	--	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica:		Factor relacionado:	Características definitorias	
	Discomfort		Recursos insuficientes	Insatisfacción con la situación y suspiros	
Definición de etiqueta diagnóstica: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiente cultural y social. Dominio: 12 Confort Clase: 3 Confort social Código: 00214	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
	Estado de comodidad sociocultural	A. 201201 Apoyo social de la familia. B. 201203 Relación con la familia. C. 201207 Interacciones sociales con otros. D. 201212 Capacidad de comunicar necesidades	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a:	Aumentar a:
				A. 4	A. 5
				B. 4	B. 5
				C. 4	C. 5
			D. 4	D. 5	
Dominio: V Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Código: 2012					
Objetivo: Facilitar el apoyo a programas que reduzcan gastos financieros Intervención NIC: Aumentar los sistemas de apoyo Campo: 5 Familia					

Clase: X Cuidados durante la vida
Código:5440

Intervención NIC: Escucha activa
Campo: 5 Familia
Clase: X Cuidados durante la vida
Código:4920

Intervención NIC: Mediación de conflictos
Campo: 5 Familia
Clase: X Cuidados durante la vida
Código:5020

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción verbal • Suspiros 	<p>A través del habla se transmite un mensaje que en este caso es de inconformidad que expresa insatisfacción de la situación por la que se atraviesa.</p> <p>Un suspiro fisiológicamente es la inhalación y exhalación de aire atmosférico y psicológicamente se puede decir que expresa cansancio, sentimientos de enamoramiento o emociones negativas sin embargo se trata de un descanso mental que permite tomar aire para reincorporarse al ejercicio o actividad que resultaba difícil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y a la disponibilidad del sistema de apoyo 	<p>Los patrones psicológicos como pensamientos, sentimientos, emociones, motivaciones y estado mental expresan puntos fuertes y deficiencias únicos del paciente ante diferentes situaciones que generan respuestas psicológicas: emocionales (ansiedad, miedo, depresión, ira etc.), somáticas (quejidos, fatiga, insomnio, temblor, dolor, etc.) cognitivas y temperamentales (indecisión, actividad mental acelerada, pérdida del sentido del humor o la</p>	<p>La paciente se encuentra más tranquila y alegre de regresar a su hogar con su familia. Cuenta con el apoyo económico de su familia.</p> <p>Se brinda un sistema de apoyo llamado: "Programa prioritario para la mujer embarazadas del Estado de México", cubre los gastos generados independiente de que no cuente con el seguro popular que exige el hospital ya que es para toda mujer embarazada que viva en el Estado de</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Gestos de inconformidad 	<p>o cansada.</p> <p>Como respuesta al estrés se generan signos de reacciones físicas y psicológicas. Las concentraciones de neurotransmisores como adrenalina y serotonina cambian durante la respuesta al estrés que influyen el funcionamiento del sistema nervioso simpático y parasimpático que produce alteraciones como taquicardia, hipertensión, disnea, estado de alerta, dilatación de las pupilas, tensión muscular, frialdad y palidez de la piel.</p> <p>La información se capta a través de los órganos sensoriales que transforman la información en impulsos nerviosos, la información llega al cerebro (corteza cerebral que está formada por sustancia gris, es el principal centro de integración sensorial motor y sede de todas las actividades mentales) la procesa e interpreta integrando experiencias y aprendizaje de la memoria de corto y largo plazo que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de apoyo económico familiar • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo • Observar la situación familiar actual 	<p>memoria o estados de nerviosismo).</p> <p>La condición económica da la población usuaria del hospital general de Chalco es en un 90% de clase media baja. La situación económica de cada familia no limita ni aumenta el apoyo económico, este se caracteriza por el ambiente familiar en el que se desenvuelven.</p> <p>Los programas de apoyo a la población limitan a los beneficiarios ya que condiciona ciertas características para ser otorgados. El orientar la búsqueda de un programa que sea conveniente y posibilite el beneficio del paciente genera tranquilidad lo que disminuye el estrés y brinda confort.</p> <p>La familia es la mayor fuente de bienestar y el valor familiar es importante para la sociedad como</p>	<p>México</p>
---	--	---	--	---------------

	<p>estimula el VII par craneal "Facial" que en su función motora se encarga de la expresión facial en conjunto con los músculos faciales que intervienen en la expresión de emociones.</p>		<p>para cada individuo ya que las experiencias y valores del contexto familiar condicionan la madures afectiva y psicológica de la persona. La familia aporta estabilidad, seguridad y protección a cada uno de sus miembros.</p>	
--	--	--	---	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Factor relacionado		
	Riesgo de disminución de perfusión cardiaca		Hipovolemia		
Definición de etiqueta diagnóstica: Vulnerable a una disminución de la circulación cardiaca (coronaria) que puede comprometer la salud Dominio: 4 Actividad / Reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares Código: 00200	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
		Hidratación	A. 060202 Membranas mucosas húmedas B. 060211 Diuresis C. 060215 Ingesta de líquidos D. 060217 Perfusión tisular E. 060218 Función cognitiva	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a:
	Dominio: II Salud fisiológica			A. 2 B. 4 C. 4 D. 4 E. 5	A. 4 B. 5 C. 5 D. 5 E. 5
	Clase: G Líquidos y electrolitos				
	Código: 0602				
Objetivo: Mantener el equilibrio de líquidos que favorezca la circulación sanguínea					
Intervención NIC: Monitorización de signos vitales Campo:4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Código:6600					

Intervención NIC: Manejo de líquidos
 Campo:4 Seguridad
 Clase: V Control de riesgos
 Código:4120

Intervención NIC: Reposición de líquidos
 Campo:4 Seguridad
 Clase: V Control de riesgos
 Código:4140

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea 	<p>La perfusión cardiaca es el riego sanguíneo al miocardio. El sistema de arterias coronarias proporciona sangre oxigenada al miocardio. Al presentarse hipovolemia disminuye el flujo sanguíneo coronario que puede causar isquemia (flujo sanguíneo insuficiente a un tejido u órgano) afectando la contractilidad cardiaca (capacidad del miocardio para contraerse).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la presión arterial, el pulso, la temperatura y la frecuencia respiratoria 	<p>Los signos vitales son parámetros que indican el estado general del cuerpo humano, así como el comportamiento de los órganos principales como el cerebro, el corazón y los pulmones.</p>	<p>Se brindó tratamiento oportuno de reposición de líquidos, se mantuvo en monitorización cardiopulmonar continua que ayudaron a mejorar la perfusión sanguínea logrando mantener el equilibrio de los líquidos y mejorando la circulación sanguínea.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión 	<p>La presión arterial disminuye por la disminución de volumen sanguíneo que distiende el ventrículo al final de relajación (diástole) por lo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar tendencias e identificar causas posibles de variaciones en los signos vitales • Seguir cuidadosamente las 	<p>Identificar la alteración de uno o varios de los signos vitales permite brindar atención oportuna y disminuir el riesgo de complicaciones.</p> <p>El equipo de salud trabaja en coordinación</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial media • Taquicardia 	<p>cual también se disminuye la fuerza de contracción para expulsar la sangre de los ventrículos (sístole).</p> <p>La presión arterial media indica la perfusión de los órganos vitales donde 60-80 mmHg son los límites para tener una adecuada irrigación sanguínea.</p> <p>La disminución de volumen sanguíneo es igual a la disminución de aporte de oxígeno a los tejidos por lo que aumenta la frecuencia cardiaca, lo que disminuye el tiempo que tiene el corazón en llenarse disminuyendo aún más el gasto cardíaco e incrementando el consumo de oxígeno.</p>	<p>indicaciones médicas.</p>	<p>en beneficio del paciente. La 2^{da} acción esencial para la seguridad del paciente "Comunicación efectiva" describe la importancia de una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, el paciente y los familiares, disminuyendo el riesgo de cometer errores. La comunicación puede ser oral, escrita y hasta electrónica siguiendo los siguientes pasos 1. Escuchar 2. Escribir 3. Leer 4. Confirmar 5. Transcribir 6. Confirmar 7. Verificar.</p>	
---	---	------------------------------	--	--

Dx de enfermería	Etiqueta diagnóstica		Factor relacionado		
	Riesgo de infección		Procedimientos invasivos y disminución de hemoglobina		
Definición de etiqueta diagnóstica: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud Dominio: 11 Seguridad /Protección Clase: 1 Infección Código: 00004	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
		Control de riesgos Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud Clase: T Control de riesgo y seguridad Código: 1902	A. 190201 Reconocer factores de riesgo B. 190204 Desarrollar estrategias de control de riesgo efectivas C. 190206 Se compromete con estrategias de control de riesgo D. 190208 Modificar el estilo de vida para reducir el riesgo E. 190214 Utilizar el sistema de apoyo personal para reducir el riesgo F. 190216 Reconocer cambios en el estado de salud	Nunca demostrado 1	Mantener a:
	Raramente demostrado 2			A. 3	A. 5
			A veces demostrado 3	B. 4	B. 5
			Frecuentemente demostrado 4	C. 3	C. 5
			Siempre demostrado 5	D. 4	D. 5
				E. 3	E. 4
				F. 3	F. 5
Objetivo: Reducir el riesgo de infección aplicando técnicas para prevenir la transmisión bacteriana					
Intervención NIC: Protección contra infecciones Campo:4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Código: 6550					

Intervención NIC: Cuidados de sitios de incisión
 Campo:4 Seguridad
 Clase: V Control de riesgos
 Código: 3440

Intervención NIC: Manejo de la medicación
 Campo:4 Seguridad
 Clase: V Control de riesgos
 Código: 2380

Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Venoclisis periféricas • Drenaje penrose • Herida quirúrgica 	<p>La infección es la invasión de un microorganismo infeccioso que causa lesión tisular y reacción inflamatoria local y puede avanzar a sistémica.</p> <p>La piel esta colonizada por Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidisny bacilos gram negativos; estos microorganismos pueden ingresar a otros tejidos corporales cuando la piel se daña o al realizar procedimientos con penetración corporal. La piel es el primer mecanismo de defensa, cuando se interrumpe la integridad de la piel los microorganismos ingresan.</p> <p>Las infecciones de heridas quirúrgicas se relacionan con la contaminación de la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar grado de vulnerabilidad • Inspeccionar el estado de herida quirúrgica (procesos invasivos) 	<p>La transmisión de un agente infeccioso a un huésped que resulte infección depende en gran medida de la susceptibilidad del huésped</p> <p>Ocurre una infección cuando el microorganismo es patógeno y las defensas del huésped son inadecuadas para evitar la dispersión.</p> <p>La 5º acción esencial para la seguridad del paciente (reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud) es un indicador para seguir los</p>	<p>Al egreso no se encontró signos o síntomas de infección en los sitios de discontinuidad de la piel o vías urinarias, se apoyó en la ingesta de nutrientes y aumento de hemoglobina para reforzar el sistema inmunitario.</p> <p>Se evaluó el aprendizaje del familiar sobre el plan de alta con un 98% de aprendizaje.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Sonda vesical 	<p>Las vías urinarias son el sitio más común de infecciones nosocomiales. Algunos microorganismos que forman parte de la flora intestinal normalmente no causan enfermedad, pero en una persona inmunosuprimida pueden convertirse en microorganismos patógenos oportunistas. La infección es uretral ascendente por patógenos como <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; provenientes de la flora gastrointestinal (perianal) o fuentes de iatrogenia.</p>		<p>protocolos y la normatividad para evitar daño al paciente. Las características de una infección son: dolor, eritema, edema, calor, supuración purulenta y mal olor; identificar uno o más signos de manera oportuna disminuye el riesgo de complicación. La 5^{ta}. meta promueve medidas de precaución estándar como el lavado de manos de cinco momentos que más que memorizarlo se debe poner en práctica buscando estrategias que faciliten la demanda del trabajo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de hemoglobina 	<p>El embarazo produce cambios hormonales que causan cierto grado de inmunodepresión. La pérdida sanguínea disminuye el nivel de hemoglobina que se encarga del transporte de oxígeno lo cual ocasiona hipoxia anémica que es una falla de administración de oxígeno a la célula que causa trastornos de órganos y sistemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar ingesta de nutrientes 	<p>Los nutrientes participan en la función corporal: las proteínas son esenciales para reponer pérdidas del organismo y construir nuevas proteínas, las vitaminas son indispensables para la regulación del metabolismo, y los minerales cumplen con la función estructural y</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones. 	<p>reguladora del organismo. Las deficiencias nutricionales de proteínas, vitaminas o minerales producen deficiencia en el funcionamiento del organismo.</p> <p>La ministración profiláctica de un antibiótico del grupo de los aminoglucósidos (Amikacina 500mg) cumple la función de bactericida (inhibe la síntesis de proteínas requeridas para la duplicación de bacterias), indicados para tratamientos de infecciones graves por toxicidad</p> <p>El personal de enfermería diseña un plan de alta donde capacita al cuidador o familiar en los cuidados que se deben seguir para evitar técnicas de transmisión bacteriana, así como la importancia de terminar el tratamiento</p>	
--	--	--	--	--

			antimicrobiano, la ingesta de nutrientes e identificar signos y síntomas de infección.	
--	--	--	--	--

Dx de enfermería	tiqueta diagnóstica:		Factor relacionado:		
	Riesgo de caídas		Disminución de los glóbulos rojos, recuperación posoperatoria y entorno hospitalario		
Definición de etiqueta diagnóstica:	Resultado NOC	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación Diana	
Vulnerable al aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico y que pueden comprometer la salud Dominio:	Conocimiento: Prevención de caídas Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud Clase: S Conocimiento sobre la salud	A. 182802 Uso correcto de mecanismos de seguridad. B. 182807 Uso correcto de iluminación ambiental. C. 182810 Motivo de restricciones. D. 182814 Enfermedad aguda que aumenta el riesgo de caídas. E. 182815 Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caída.	Ningún conocimiento 1	Mantener a:	Aumentar a:
			Conocimiento escaso 2	A. 4	A. 5
			Conocimiento moderado 3	B. 4	B. 5
			Conocimiento sustancial 4	C. 2	C. 4
			Conocimiento extenso	D. 2	D. 4
	E. 2	E. 4			

11 Seguridad / Protección Clase: 2 Lesión física Código: 00155	Código: 1828				
Objetivo: Establecer conocimientos en medidas de seguridad que minimicen el riesgo de caídas					
Intervención NIC: Prevención de caídas Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Código: 6490					
Intervención NIC: Identificación de riesgos Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Código: 6610					
Intervención NIC: Manejo ambiental seguridad Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos Código: 6486					
Signos patognomónicos	Fundamentación científica	Acciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> Anemia 	La anemia es un trastorno de la anormalidad de los glóbulos rojos y una deficiencia de hemoglobina que causa manifestaciones clínicas que se relacionan con hipoxia tisular como fatiga, cefalea, disnea, taquipnea debilidad, atolondramiento, disminución cognitiva,	<ul style="list-style-type: none"> Identificar déficit cognoscitivo o físico que aumentan la posibilidad de caída Identificar conductas y factores 	El enfoque cognoscitivo es el pensar y procesar información, la evalúa y reacciona en función de sus planes y previsiones. Un déficit de este enfoque aumenta el riesgo de caída al no identificar y procesar información de alerta.	Se incrementa el tratamiento médico (sulfato ferroso 200mg) que corrigieron los síntomas de anemia. Se orienta y evalúa sobre las medidas de precaución para evitar caídas, se sugiere el apoyo de la enfermera, camillero o familiar para la movilización y posterior a la deambulación.	

<ul style="list-style-type: none"> • Periodo posoperatorio • Entorno hospitalario 	<p>trastornos de atención, inestabilidad emocional, trabajos motores descoordinados problemas visuales y auditivos.</p> <p>Las condiciones físicas limitan la movilidad y destreza.</p> <p>Se crea un ambiente desconocido lleno de obstáculos que aumentan el riesgo de caída.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente para pedir ayuda al moverse • Ayuda a la deambulación • Sugerir calzado seguro • Uso de barandales laterales • Cama en posición baja • Retirar muebles bajos que supongan riesgo de tropezón • Orientar sobre el orden físico de la habitación 	<p>El desequilibrio del estado físico indica el grado de vulnerabilidad para general una caída.</p> <p>El 6º indicador de calidad (Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída) es un seguimiento para evitar eventos adversos estableciendo criterios y protocolos que englobe los factores intrínsecos (eliminación, medicación, historia de caídas, estado cognitivo: agitado confuso, desorientado; déficit sensorial: sordera ceguera, hipoacusia; estado físico-dependencia-movilidad, enfermedad) y extrínsecos (cama, habitación, muebles, baños, utensilios personales, zapatos,</p>	<p>Al egreso no se reportan eventos adversos.</p>
---	---	---	--	---

			infraestructura) que pueden estar relacionados con el riesgo.	
--	--	--	---	--

3.6 PLAN DE ALTA

Cuando se llega a la mejoría del paciente el personal médico es el responsable de brindar el alta a domicilio y le brinda un tratamiento farmacológico.

El personal de enfermería es el encargado de proporcionar las recomendaciones de manera holística proporcionando capacitación para los cuidados del hogar y favorecer la calidad de dichos cuidados y por consiguiente el bienestar físico he integral del individuo y la familia.

➤ MEDICAMENTOS

1. Sulfato ferroso tabletas de 200 mg VO 1 cada 12 hrs. por 30 días.
2. Cefalexina tabletas de 500 mg VO 1cada 8 hrs por 7 días.
3. Paracetamol tabletas de 500 mg VO 1 cada 8 hrs. por 5 días.

➤ PREVENCIÓN DE INFECCIÓN

Se instruye y valora la comprensión del paciente y familia sobre el modo de transmisión bacteriana y las medidas preventivas en términos generales y comprensibles.

Transmisión bacteriana: Al contacto de un objeto contaminado o sucio y proseguir a tocar las heridas o el material limpio utilizado para la curación sin previo y correcto lavado de manos.

Medidas preventivas:

1. Lavado de manos.
2. Cambio de apósito estéril.
3. Lavado de heridas con jabón neutro.
4. Seguir el tratamiento médico.
5. Identificar los signos de infección (Dolor excesivo, coloración, inflamación, calor, salida de líquido purulento)
6. No untar remedios caseros.
7. Mantener una alimentación balanceada.
8. Uso de vendaje compresivo abdominal.

9. Retiro de puntos de sutura dentro de 7 a 10 días por un profesional de la salud.

➤ SEÑALES DE ALARMA

En caso de identifica algún signo se debe acudir a la unidad hospitalaria.

1. Sangrado excesivo a cualquier nivel.
2. Temperatura mayor a 38°C (Fiebre).
3. Identificar uno o más signos de infección.
4. Separación entre los bordes de la herida (dehiscencia de herida).
5. Vértigos, fatiga, cefalea, disnea, taquicardia e incapacidad para concentrarse.

➤ ALIMENTACIÓN

Enseñar sobre los beneficios de una alimentación balanceada usando términos generales y comprensibles para lograr un mayor aprendizaje.

Los nutrientes son necesarios para la vida, el crecimiento y la salud, también favorecen la reparación y el mantenimiento del organismo por lo cual se debe indicar el consumo de alimentos de los grupos básicos para reducir la probabilidad de trastornos.

Se explica y evalúa el aprendizaje sobre las funciones de dichos nutrientes y en que alimentos los puede encontrar.

1. Agua: consumir 2 litros diarios para el funcionamiento de las células (para mantener el equilibrio hídrico y ácido básico).
2. Hierro: es un mineral que ayuda a corregir la anemia aumentando los niveles de hierro y se puede encontrar en alimentos como el hígado, carne, yema de huevo, hortaliza de hoja verde, panes y cereales enriquecidos en hierro.
3. Fibra: es un carbohidrato que reduce el colesterol, mantiene estable las concentraciones de glucosa en sangre, reduce la absorción de grasa, favorece el tono del músculo gastrointestinal (alivia estreñimiento) y los

encontramos en el trigo integral avena, arroz, nueces, ejote chícharo, plátano, manzana, frutos con semilla comestible, coliflor, papa, brócoli, zanahoria.

4. Establecer una dieta balanceada en los diferentes grupos de alimentos: carbohidratos para el aporte de energía del organismo; grasas aportan mayor energía que los carbohidratos pero deben consumirse en menor cantidad porque causan obesidad y enfermedades cardiovascular; proteínas son las unidades estructurales de las células que comprenden la piel, el pelo, los huesos, etc.; vitaminas y minerales esenciales para el funcionamiento de la célula y el funcionamiento estructural y regulador del organismo.

Se debe comer:

Mucho: Frutas y Verduras (vitaminas y minerales).

Suficiente: Cereales (carbohidratos).

Combinado: Cereales, Leguminosas y Alimentos de origen animal.

Poco: Alimentos de origen animal (proteínas y grasas).

➤ ESPIRITUALIDAD

La enfermera debe de estar consciente de su propia espiritualidad para poder asistir a la persona enferma y no debe permitir que interfiera las diferencias.

Ya valorado el nivel de desarrollo psicosocial y posterior a que se ha generado una relación de confianza con el paciente se procede a promover el bienestar, se orienta al paciente y familiar para continuar con sus costumbres y tradiciones basado en su espiritualidad ya que representa la búsqueda del significado y el objetivo en la vida, es la interpretación de misterios como la vida y la muerte, el bien y el mal, el dolor y el sufrimiento, que surge de la interacción de la familia de la persona y de su entorno cultural, la educación, los sentimientos, los pensamientos y metas únicos del individuo, la motivación es lo que impulsa a una persona a la acción o a la reflexión, es estímulo interno (necesidades o deseos personales) los valores son los principios, normas y cualidades que una persona o

grupo cultural tienen en alta estima, las creencias son las ideas, expectativas, actitudes y opiniones de una persona o grupo.

➤ **AMBIENTE FAMILIAR**

La adaptación a los cambios del estilo de vida sirve para mantener el equilibrio familiar por lo cual se debe orientar y motivar a la paciente y familiares para llevarlo a cabo.

Se brinda información comprensible como: lo que vivimos de niños nos condiciona para el futuro en aspectos psicológico, educativo, moral y físicos. La relación con los miembros de la familia es un punto de equilibrio para nuestra salud, trabajo, amistades tiempo de ocio y relaciones con la sociedad. La familia transmite valores éticos y morales que marcan la personalidad de cada individuo.

El ambiente familiar debe de contar con amor y valores para poder aportar estabilidad, seguridad y protección a cada uno de sus miembros.

SUGERENCIAS

Es una propuesta general:

1. Ligar la trompa uterina no dañada ya que el presentar un embarazo ectópico es causa probable de que se presente nuevamente un embarazo ectópico, poniendo en riesgo la salud e integridad de la familia; dos hijos es un número considerable para ofrecer una mejor calidad de vida, económica, social, educativa y de salud.
2. Mantener movilidad e iniciar con caminata corta y posterior caminar 30 minutos al día exclusivos para ello.
3. No abandonar la alimentación balanceada después de la recuperación.

CONCLUSIONES

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna, por pérdida de volumen sanguíneo en un 25% de la volemia, que se relaciona con diferentes causas que dependen de la etapa del embarazo; el embarazo ectópico roto se ubica en el primer trimestre y es causado por la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio que al continuar el crecimiento rompe la trompa causando la hemorragia.

Las mujeres con embarazo ectópico roto presentan síntomas como dolor intenso, inestabilidad hemodinámica moderada, dificultad respiratoria; en casos graves con pérdidas sanguíneas importantes, síncope, pérdida de la conciencia, inestabilidad hemodinámica grave que si no se corrige oportunamente podría ocasionar un deterioro cardiovascular, hipoxia tisular, falla orgánica y la muerte.

El papel que desarrollamos como profesionales de enfermería es de suma importancia para la estancia del paciente dentro de la unidad hospitalaria ya que es alterado el ambiente y entorno que frecuentaba, es sometido a procedimientos invasivos y que causan molestia o dolor, también se atraviesa por estrés, angustia y/o preocupación por su salud, su economía, su situación laboral y/o familiar; la valoración holística y las intervenciones del personal de enfermería permiten un ambiente seguro y de confianza para valorar los cuidados e identificar posibles complicaciones, encaminados al bienestar y pronta recuperación.

El equipo de salud debe de trabajar en continua comunicación con responsabilidad y respeto aceptando opiniones y sugerencias que contribuyan a favorecer la salud del paciente.

Para brindar cuidados correctos, de calidad y oportunos el personal de enfermería responsable del cuidado debe mantener bases teóricas y fundamentos, así como actualizarse día a día para obtener conocimientos nuevos y sólidos que garanticen la calidad del cuidado sin olvidar la atención humanística. Todo esto orientado a satisfacer las necesidades y demandas de la persona enferma, lograr la pronta

recuperación, realizar un plan de alta específico y fomentar una vida saludable que incluya la participación familiar para cubrir todos los modos de adaptación.

Terminar este Proceso de Atención de Enfermería nos permite confirmar que se cumplieron los objetivos o planteados al inicio del proceso incluyendo el objetivo general (Desarrollar el Proceso Atención de Enfermería en una paciente de hemorragia obstétrica bajo la perspectiva del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, aplicado en el servicio de hospitalización ginecológica.). La finalidad de trabajar con la teoría de la Adaptación se cumple al superar la pérdida de un hijo y se adapta para continuar con el desarrollo e integridad de los miembros de la familia.

La realización del PAE permitió sistematizar e integrar las necesidades del individuo, establecer acciones basadas en conocimientos y habilidades que contribuyeron a mejorar la salud del paciente durante la estancia hospitalaria, también permitió la realización de un plan de alta individualizado que mejorara los cuidados en el hogar.

Como profesional de enfermería finalizar el PAE concluye con una satisfacción personal porque potencializa la excelencia y aclara el quehacer de la profesión, el por qué el establecimiento de normas exige aprendizaje continuo y nos permite desarrollar habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas que facilitan el trabajo.

GLOSARIO

1. Aminoglucósidos: Son un grupo de antibióticos bactericidas que detienen el crecimiento bacteriano actuando sobre sus ribosomas.
2. Acido-Base: Los trastornos del equilibrio ácido base son aquellos que afectan el balance ácido-base normal y que causa como consecuencia una desviación del pH sanguíneo.
3. Adrenalina (epinefrina): Es una hormona y un neurotransmisor. Incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, y participa en la reacción de lucha o huida del sistema nervioso simpático.
4. BUN: Es el análisis de nitrógeno ureico en sangre (BUN, por sus siglas en inglés) mide la cantidad de nitrógeno en la sangre que proviene de un producto de desecho, llamado urea.
5. Bacteriostático: Es una sustancia que no produce la muerte de las bacterias, pero al dificultar o impedir su reproducción la cepa bacteriana envejece y desaparece.
6. Bactericida: Es una sustancia que tiene la capacidad de matar bacterias, microorganismos unicelulares u otros organismos.
7. Capa submucosa: La submucosa está formada por tejido conectivo muy denso, contiene vasos sanguíneos de gran calibre y algunas zonas con tejido adiposo.
8. Cicatrizar por segunda intención: Es la cicatrización de una herida abierta, desde la base hacia arriba, mediante el depósito de tejido nuevo.
9. Crioprecipitados: Es la fracción de las proteínas plasmáticas que permanecen insolubles cuando el plasma fresco congelado es descongelado en condiciones apropiadas de temperatura.
10. Correderas pericolicas: Es el espacio de la cavidad peritoneal formada por la pared lateral del abdomen y el colon ascendente, en el lado derecho, y el colon descendente, en el lado izquierdo. En su parte

posterior está limitado por el peritoneo y hacia delante comunica libremente con la cavidad peritoneal.

11. Decidua: Es la mucosa uterina o endometrio. Cuando está dispuesta para la anidación del embrión se denomina decidua de la gravidez. La parte que comprende desde la mucosa uterina superficial a su capa basal se desprende en cada menstruación (decidua menstrual).
12. Discrepancia: Es falta de acuerdo entre dos o más personas o falta de aceptación de una situación, una decisión o una opinión.
13. Dualidad: Existencia de dos caracteres o fenómenos distintos en una misma persona o cosa.
14. Ecografía: Es la técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.
15. Eficaz: Que produce el efecto esperado, que va bien para determinada cosa.
16. Eficiente: Que realiza o cumple un trabajo o función a la perfección.
17. Epitelio: Es tejido constituido por células íntimamente unidas, planas o prismáticas, que recubre la superficie externa del cuerpo y de ciertos órganos interiores.
18. Esterilidad: Es una cualidad atribuible a aquellos organismos biológicos que no se pueden reproducir, bien sea debido al mal funcionamiento de sus órganos sexuales o a que sus gametos son defectuosos.
19. Espacios celulares: Son los compartimentos líquidos: El líquido intracelular es el que está dentro de las células, el líquido extracelular es el que está fuera de las células y se divide en subcompartimentos; que son el plasma y espacio intersticial.
20. Factores de coagulación: Los factores de la coagulación circulan en la sangre sin estar activados. Cuando un vaso sanguíneo sufre una lesión se inicia la cascada de la coagulación y cada factor de la coagulación se activa en un orden específico para dar lugar a la formación del coágulo sanguíneo.

21. Fase lútea: Es la tercera fase del ciclo menstrual, empieza justo después de la ovulación y va hasta el día antes de que el siguiente periodo menstrual empiece.
22. Fluctuante: Es relativo al movimiento ondulatorio que se percibe al tocar y mover una estructura que contiene líquido.
23. Gonadotropina coriónica Humana: (hCG) es una hormona glicoproteica producida en el embarazo, fabricada por el embrión en desarrollo poco después de la concepción y más tarde por el sincitiotrofoblasto (parte de la placenta). Su función es evitar la desintegración del cuerpo lúteo del ovario y, por ende, mantener la producción de progesterona que es fundamental para el embarazo en los seres humanos.
24. Hematocrito: Es el porcentaje que ocupa la fracción sólida de una muestra de sangre anticoagulada, al separarse de su fase líquida. Está determinado casi enteramente por el volumen que ocupan los glóbulos rojos.
25. Hemodinamia: Es el estudio del movimiento o dinámica de la sangre dentro de los vasos sanguíneos de las arterias y venas del organismo.
26. Hemoperitoneo: Es la presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal, que casi siempre requiere una intervención quirúrgica, para reparar la lesión sangrante
27. Hipoxia e Hipoxemia: la hipoxia hace referencia a una cantidad insuficiente de oxígeno en los tejidos (con el consiguiente daño celular por disminución de la respiración aeróbica), mientras que la hipoxemia hace referencia a una cantidad insuficiente de oxígeno en la sangre arterial
28. Holístico: Es una posición metodológica y epistemológica que postula cómo los sistemas y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no sólo a través de las partes que los componen.
29. Hormona Aldosterona: Es la hormona producida por la corteza adrenal, la aldosterona es una hormona que inhibe el nivel de sodio excretado en la orina, manteniendo el volumen y la presión sanguínea.

30. Infertilidad: Es cuando tienes dificultades de quedar embarazada o mantener un embarazo.
31. Laparotomía exploratoria abierta: Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen.
32. Líquido anecolca: Que no contiene ecos reflejados en su interior, generalmente porque presenta una buena transmisión de las ondas de ultrasonido. Se observa en las estructuras líquidas.
33. Metabolismo celular: Es el conjunto de todas las reacciones químicas que se producen en el interior de las células de un organismo, mediante esas reacciones se transforman las moléculas nutritivas.
34. Meticulosa: Que hace las cosas deteniéndose en los más pequeños detalles.
35. Obviar: Es evitar un impedimento o una dificultad o eludir una cosa inconveniente.
36. Osmolaridad: Es la concentración de las partículas osmóticamente activas contenidas en una disolución, expresada en osmoles o en miliosmoles por litro de disolvente.
37. Osmosis: Es un fenómeno físico relacionado con el movimiento de un disolvente a través de una membrana semipermeable. Tal comportamiento supone una difusión simple a través de la membrana, sin gasto de energía.
38. Oxidación celular: Es el proceso de alimentación y desgaste de las células.
39. pH; Es el coeficiente que indica el grado de acidez o basicidad de una solución acuosa.
40. Progesterona: Es una hormona sexual que liberan los ovarios y posteriormente la placenta, durante el ciclo menstrual, su función es acondicionar el endometrio para facilitar la implantación del embrión en este, y durante el embarazo ayuda a que transcurra de manera segura.

41. Prostaglandina: Es un conjunto de sustancias que actúan en diversas células, y tienen una amplia variedad de acciones (Causan constricción o dilatación en las células musculares lisas del tejido vascular, causan agregación o desagregación de las plaquetas, sensibilizan las neuronas espinales al dolor, disminuyen la presión intraocular, regulan la mediación inflamatoria, regulan el movimiento de calcio, controlan la regulación hormonal, controlan el crecimiento celular).
42. Proceso cognoscitivo: Es la capacidad que permite desarrollar conocimientos recibe el nombre de cognición. Se trata de la habilidad para asimilar y procesar datos, valorando y sistematizando la información a la que se accede a partir de la experiencia, la percepción u otras vías
43. Polo fetal: Es un término para el embrión en desarrollo cuando es detectado por primera vez en el interior del saco gestacional
44. Pulso filiforme: Es un pulso rápido, débil, de poca amplitud, se encuentra en pacientes con hipotensión arterial, deshidratados, o en colapso circulatorio (shock), arritmia completa.
45. Respuesta vasovagal: También puede llamarse síncope neurocardiogénico. Es la disminución repentina de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, usualmente como reacción ante un desencadenante de estrés como consecuencia, el flujo sanguíneo al cerebro disminuye y se pierde el conocimiento por un momento.
46. Respiración celular: Es una reacción exergónica, donde parte de la energía contenida en las moléculas de alimento es utilizada por la célula para sintetizar ATP.
47. Rojo rutilante: Color rojo brillante.
48. Saco vitelino: Es un anexo membranoso adosado al embrión que provee a éste de nutrientes y oxígeno, a la vez que elimina desechos metabólicos.
49. Signos e inferencia: Es una evaluación que realiza la mente entre proposiciones. La inferencia es la acción y efecto de inferir, en otras

palabras, deducir algo, sacar una consecuencia de otra cosa, conducir a un nuevo resultado.

50. Sistema Nervioso Autónomo: Es un sistema eferente, es decir, transmite impulsos nerviosos desde el sistema nervioso central hasta la periferia estimulando los aparatos y sistemas orgánicos periféricos.
51. Serotonina: Es una sustancia que está presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor.
52. Solución coloidal: Son sustancias de alto peso molecular que permanecen en el espacio intravascular produciendo una expansión de volumen más efectiva que los cristaloideos isotónicos.
53. Solución cristaloidal: Son aquellas soluciones que contienen agua, electrolitos y/o azúcares en diferentes proporciones y que pueden ser hipotónicas, hipertónicas o isotónicas respecto al plasma.
54. Solución hipertónica: Es aquella que tiene mayor concentración de soluto en el medio externo, por lo que una célula en dicha solución pierde agua (H₂O) debido a la diferencia de presión, es decir, a la presión osmótica, llegando incluso a morir por deshidratación. La salida del agua de la célula continúa hasta que la presión osmótica del medio externo y de la célula sean iguales.
55. Solución hipotónica: Es una solución en la cual el solvente, en este caso la célula, tiene menor concentración que la solución, por lo tanto, esta aumentará su volumen por el flujo neto de la solución hacia el citoplasma.
56. Solución isotónica: Es aquellas donde la concentración del soluto es la misma en ambos lados de la membrana de la célula, por lo tanto, la presión osmótica en la misma disolución isotónica es la misma que en los líquidos del cuerpo y no altera el volumen de las células.
57. Tejido conjuntivo (tejido conectivo): Es un tejido que establece conexión con los otros tejidos y sirve de soporte a diferentes estructuras del cuerpo; es un tejido rico en fibras y de abundante sustancia intercelular.

58. Técnica de B-Lynch: Es la técnica quirúrgica de compresión uterina para la hemorragia posparto masiva por atonía uterina.
59. Trascender: Empezar a ser conocida [una cosa que estaba oculta].
60. Trofoblasto: Es una capa delgada conformada por células que provee nutrientes a un embrión en desarrollo, ayuda a este último a adherirse a la pared del útero y además es parte de la placenta.
61. Valor de electrolitos: Son sustancias esenciales en el cuerpo requerido para la transmisión de señales de la función de la célula.
62. Ventilación: Es el intercambio de aire entre el medio ambiente y los pulmones por medio de la inhalación y exhalación.
63. Volemia: Es el volumen total de sangre circulante de un individuo humano, aproximadamente de 5-6 litros.
64. Volumen corpuscular medio: Se refiere al tamaño de los glóbulos rojos y puede ser identificado en la hematología con las siglas VCM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliográficas

1. Brunner Suddarth. Tratado de enfermería médico-quirúrgica. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2002.
2. Bulechek G, McCloskey J, Butcher H. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ed. Elsevier, 2009.
3. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, et. al. Obstetricia Williams. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2015.
4. Johnson M, Moorhead M, Bulechek G. et al. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ed. ELSEVIER. 2012.
5. Luckmann J. Cuidados de enfermería. Técnicas de valoración física. Vol. I. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
6. Luckmann J. Cuidados de enfermería Saunders. Atención de personas con trastornos hematológicos. Vol. II. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
7. Merriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2007
8. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ed. 2009.
9. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017. ed. ELSEVIER. 2016
10. Téllez Ortiz S, García Flores M. Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC Y NOC. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2012.
11. Manual de enfermería. Proceso de atención de enfermería. Colombia: Zamora Editores SAS; 2000.

Electrónicas

1. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. [Internet]. [Consultado 30 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
2. Donación y trasplantes de órganos y tejidos. Funciones propias de enfermería. [Internet]. [Consulta 17 de abril del 2018]. Disponible en: <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/funciones.asp>
3. Guía de práctica clínica. Hemorragia Obstétrica. México: Secretaría de salud; 2009. [Internet]. [Consultada el 7 de mayo de 2018]. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf

4. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [Consulta 24 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
5. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consulta 24 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

ANEXOS

EMBARAZO ECTÓPICO

El 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa de Falopio dando lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales.

Al inicio de la implantación se inician los cambios gestacionales que duran poco tiempo ya que cuando el embrión muere se interrumpe la excreción de las hormonas que originan los cambios endometriales. La decidua es el endometrio con preparación hormonal para el embarazo el cual se degrada y se desprende originando hemorragia por la vagina o se desprende repentinamente de la cavidad uterina en forma de molde decidual, lo que puede aparentar un aborto.

Evolución del embarazo ectópico:

- a) Resolución espontánea: Es la interrupción oportuna del desarrollo de la gestación.
- b) Aborto tubárico: Es el paso del huevo al peritoneo a través de la trompa.
- c) Rotura de la trompa: Es causada por la distensión y perforación de la trompa y causa hemorragia.

La trompa de Falopio carece de capa submucosa, el ovulo fecundado penetra el epitelio desarrollándose en el tejido conjuntivo cerca de la capa muscular que es invadida por el trofoblasto que prolifera con rapidez rompiendo vasos submucosos hasta causar hemorragia, sangrando por el extremo distal de la trompa y no por la luz tubárica y cuando sobrepasa la capacidad de distensión rompe la trompa.

La trompa se rompe de manera espontánea después del coito o de un examen bimanual, si la implantación es en la porción ístmica se rompe en las primeras semanas si se implanta en la ampolla tarda más por tener mayor distensión y si la implantación es en la zona intersticial tarda aún más en romperse.

El aborto tubárico es frecuente en los embarazos fimbriales y ampollares mientras que el rompimiento de la trompa es más frecuente en lo que se localizan en el istmo.

Embarazo ectópico agudo: Son los de concentración alta de Gonadotropina Coriónica Humana B sérica y crecimiento rápido.

Embarazo ectópico crónico: El trofoblasto anormal muere al inicio negativizando o disminuyendo la concentración sérica de Gonadotropina Coriónica Humana B.

Causas

La causa del embarazo ectópico es por algunas anomalías anatómicas en la trompa de Falopio, enfermedad de transmisión sexual o una infección tubéutica que distorsionan la anatomía normal de la trompa y la falla de algunos métodos anticonceptivos que aumenta el riesgo de embarazos ectópicos.

Algunos ejemplos son:

- Antecedentes de esterilidad o infertilidad.
- Embarazo ectópico anterior.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Tratamiento de inducción de la ovulación.
- Anticonceptivos liberadores de progesterona.
- Antecedentes de cirugía pélvica, genital o digestiva.
- Antecedentes de esterilización tubéutica (ligadura de trompas).
- Portadora de DIU.
- Endometriosis.
- Alteraciones de la fase lútea: Puede causar insuficiente secreción de progesterona, lo que provoca que el endometrio se descame y la implantación ocurra en las trompas.

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas del embarazo ectópico son sutiles e incluso inexistentes, las características pueden ser retraso de la menstruación dolor y hemorragia o manchado vaginal.

En el embarazo ectópico roto existe dolor abdominal inferior intenso y dolor pélvico penetrante y desgarrador, hipersensibilidad a la palpación abdominal, dolor a la exploración pélvica bimanual y al movimiento cervical. La respuesta a la hemorragia moderada aumenta la presión sanguínea o una respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión; si la hemorragia continua la presión sanguínea disminuye y el pulso aumenta llevando a una hipovolemia significativa desarrollando trastornos vasomotores que van de vértigo hasta síncope, hay descenso de hemoglobina y/o hematocrito y leucocitosis de hasta 30 000/ml.

Diagnóstico

Se debe diferenciar el dolor abdominal de un embarazo ectópico. La forma de diagnóstico se aplica a mujeres que están hemodinamicamente estables, si hay sospecha que la trompa se rompió se debe someter a tratamiento quirúrgico.

Signos físicos: Alteraciones menstruales y dolor.

Ecografía transvaginal: Los signos endometriales normales es un saco gestacional intrauterino, el saco vitelino, el polo fetal con actividad cardiaca visibles entre la cuarta y sexta semana de gestación.

En un embarazo ectópico se puede encontrar un seudosaco gestacional dentro de la cavidad endometrial que es acumulación de líquido anecolca, se puede visualizar masa ectópica en los anexos, un saco vitelino y un polo fetal con o sin actividad cardiaca dentro del saco extrauterino, también se puede observar un saco extrauterino vacío o una masa no homogénea en los anexos.

El hemoperitoneo se observa como líquido anecoico o hipoecoico, la sangre se acumula en el fondo del saco intrauterino y conforme se llena la pelvis la sangre rodea el útero, la ecografía transvaginal permite observar un volumen de 50 ml y la ecografía transabdominal valora la magnitud del hemoperitoneo en una hemorragia significativa donde la sangre sube por las correderas pericólicas hasta llenar el saco de Morison en un volumen de 400 a 700 ml (sin olvidar que existe una pequeña cantidad de líquido peritoneal).

Cuantificación de Gonadotropina Coriónica Humana B: Es la confirmación exacta y rápida del embarazo; una concentración de B-hCG 1500 mIU/ml da lugar a un embarazo uterino no vivo, una concentración de 3510 mIU/ml habla de un embarazo con saco gestacional uterino, en caso de no haber evidencia de un embarazo uterino y la concentración es mayor a 3510 mIU/ml es un embarazo uterino fallido, aborto completo o embarazo ectópico.

En caso positivo de B-hCG con hemorragia o dolor se realiza una ecografía transvaginal para localizar el sitio del embarazo si se identifica un saco vitelino, embrión o feto dentro del útero o anexos puede hacerse el diagnóstico.

Laparoscopia: Es visualización directa de las trompas de Falopio y la pelvis que permite un diagnóstico confiable.

Tratamiento médico

El metotrexato es muy efectivo contra el tejido de proliferación rápida como lo es el trofoblasto. Sin embargo, daña la médula ósea, la mucosa gastrointestinal, el epitelio respiratorio y tiene efecto tóxico en los hepatocitos, se excreta por vía renal y leche materna por lo cual puede acumularse en los tejidos neonatales interfiriendo con el metabolismo celular neonatal por lo cual se debe considerar una lista de contraindicaciones y pruebas de laboratorio antes del tratamiento.

Tratamiento quirúrgico

Laparoscopia: Es el tratamiento quirúrgico de elección a menos que se encuentre inestabilidad hemodinámica.

Salpingostomía: Procedimiento que se usa para extirpar un embarazo ectópico no roto que por lo general es menor de 2 cm y se encuentra en el tercio distal de la trompa. La cirugía es una incisión de 10 a 15 mm en la trompa para la extracción del producto, los puntos hemorrágicos se cierran con electrocoagulación y la incisión se deja sin sutura para que cicatrice por segunda intención.

Saspingectomía: Es la resección tubárica de escisión completa de la trompa de Falopio, se rodea y liga el abultamiento de la trompa que contiene el embarazo ectópico se disecciona la trompa y se corta.⁴⁹

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Una hemorragia obstétrica grave es la pérdida sanguínea del 25% de la volemia, descenso del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

La hemorragia posparto es la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior al parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea y en cualquiera de los casos disminución del hematocrito en un 10%.

Medidas preventivas

Se debe detectar los factores de riesgo como edad mayor de 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas, tabaquismo, uso de cocaína, sobredistensión uterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, trombofilias, colagenopatias y antecedentes de infecciones uterinas.

Manifestaciones clínicas

Placenta previa: Manifiesta sangrado transvaginal activo indoloro se presenta al final del segundo trimestre del embarazo sin actividad uterina y/o posterior al coito.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: Presenta hipertoniá uterina o polisistolia, sangrado transvaginal, dolor abdominal, repercusión fetal con o sin trabajo de parto.

Ruptura uterina: Presenta dolor súbito a nivel suprapúbico, hipertensión y taquicardia, alteración de la frecuencia cardiaca fetal.

⁴⁹ Cunningham G, Leveno K, Bloom S, et al. Obstetricia Williams. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2015.

Atonía uterina: Se presenta en el posparto inmediato con presencia de sangrado transvaginal abundante rojo rutilante, constante y útero flácido.

Embarazo ectópico roto: Presenta dolor abdominal inferior intenso y dolor pélvico penetrante y desgarrador, hipersensibilidad a la palpación abdominal, dolor a la exploración pélvica bimanual y al movimiento cervical.

Diagnóstico

Ultrasonido transvaginal se realiza en sospecha de placenta previa.

Ultrasonido abdominal doppler se realiza en sospecha de placenta acreta.

Ecografía transvaginal y ultrasonido.

Posterior a realizar un diagnóstico se debe realizar biometría hemática completa, tiempos de coagulación, Grupo y Rh.

Tratamiento médico

En placenta previa total y/o acretismo placentario con o sin sangrado activo entre las 28 y 34 semanas de gestación requieren hospitalización y de ser necesario cesárea urgente.

En atonías uterinas se requiere dos vías parenterales permeables y se administra reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados hemáticos.

Uso de agentes uterotonicos:

Oxitocina 20 UI en 500 ml de solución glucosada.

Ergonometrina 0.2 a 0.5 mg IM.

Carbetocina 100 mcg intravenosa en bolo en caso de no haber respuesta de la oxitocina y/o ergonometrina o como primera opción en pacientes con alto riesgo de atonía uterina.

Misoprostol 800 a 1000 mcg rectal.

En ruptura uterina se requiere de reparación quirúrgica.

Tratamiento quirúrgico

Laparotomía exploratoria en caso de falla de uso de uterotónicos.

En la atonía uterina se pueden realizar diferentes cirugías conservadoras como desarterialización escalonada del útero, ligadura de arterias hipogástricas y técnica de B-Lynch.

Se realiza histerectomía total o subtotal dependiendo del estado hemodinámico y en casos de placenta previa central o total y/o acretismo placentario, sangrado en la región istmicocervical y con ruptura uterina que no responda a manejo quirúrgico conservador.

Manejo de la pérdida sanguínea masiva

La pérdida masiva de sangre disminuye la perfusión y oxigenación de los tejidos que lleva a la falla orgánica múltiple y a la muerte; la hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y de coagulopatía ya que disminuye la función de los factores de coagulación.

Tratamiento:

Evaluar la vía respiratoria y aumentar la fracción inspirada de oxígeno mayor a 40%.

Monitoreo de la frecuencia cardiaca, pulso, saturación de oxígeno, presión arterial.

Mantener dos vías permeables de catéter calibre # 14 que brinda mayor volumen (330 ml por min).

Colocación de sonda vesical.

Toma de BH, Grupo y Rh y pruebas de coagulación.

Se restaura el volumen con infusión de cristaloides o coloides en 3:1 en relación a la pérdida.

Mantener la temperatura corporal alrededor de 37° C.

Administrar paquete globular (la función de los eritrocitos es llevar oxígeno a los tejidos).

Administrar plasma fresco congelado cuando se presenta deficiencia de factores de coagulación; si los valores de fibrinógeno son críticamente bajos de 100 mg/ dl se debe considerar el tratamiento con crioprecipitados.⁵⁰

Clasificación de pérdida sanguínea por el ATLS (Advanced Trauma Life Support)

Mujer 70 kg	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Perdida sanguínea en ml	750	750-1500	1500-2000	>2000
Pulso por min.	<100	>100	>120	140 o >
Presión sanguínea	Normal	Normal	Hipotensión	Hipotensión
Respiraciones por min.	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis (ml-hr)	30 o >	20-30	5-15	Negativa
Estado mental	Ligeramente ansioso	Mediamente ansioso	Ansioso y confuso	Confuso y letargo
Reposición de líquidos	Cristaloides	cristaloides	Cristaloides + componentes sanguíneos	Cristaloides + componentes sanguíneos

⁵⁰ Guía de práctica clínica. Hemorragia Obstétrica. México: Secretaría de salud; 2009. [Internet]. [Consultada el 7 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/I_mss_162ER.pdf

Terapia con componentes sanguíneos

Producto	Volumen (ml)	Contenido	Efecto por unidad
Paquete de células rojas	240	Eritrocitos, leucocitos y plasma.	Aumenta el hematocrito en un 3% y el valor de la hemoglobina en 1g/dl.
Plaquetas	50	Plaquetas, eritrocitos, leucocitos y plasma.	Aumenta el conteo de plaquetas de 5 000 a 10 000 /mm ³
Plasma fresco congelado	250	Fibrinógeno, antitrombina III y factores V y VIII	Aumenta el fibrinógeno 10 mg/dl
Crioprecipitados	40	Fibrinógenos, factores VII y XIII y factor von Willebrand	Aumenta el fibrinógeno 10 mg/dl

ANEMIA POSHEMORRAGIA

Cuando se presenta pérdida sanguínea aguda o crónica como resultado de un traumatismo o una enfermedad subyacente que afecta los vasos sanguíneos o la coagulación disminuye los valores de hemoglobina y hematocrito causando anemia consecutiva a hemorragia.

En la primera fase de pérdida sanguínea el organismo no ha expandido nuevamente el volumen y los valores de Hct y Hgb podrían encontrarse en los límites de valor normal, la anemia se presenta en la segunda fase de pérdida de sangre cuando se restituye el volumen y se identifican valores bajos de Hct y Hgb.

Los síntomas de anemia dependen del ritmo y volumen de la hemorragia: taquipnea, disnea, vértigo, pulso filiforme rápido, hipotensión, palidez, cefalea, inquietud y desorientación.

En la pérdida sanguínea crónica desciende el Hct y Hgb manteniendo el volumen sanguíneo normal, reportando reticulocitosis hasta que la hemorragia crónica haya agotado los depósitos de hierro del cuerpo.

Tratamiento de anemia poshemorragia

Etapa Hipovolémica: Situación de urgencia

Se habla de hipovolemia cuando se ha perdido del 30 al 40% de sangre y la primera medida es detener la hemorragia por los diferentes tratamientos. Posteriormente se restituye el volumen sanguíneo con cristaloides (Ringer con lactato) o coloides (proteínas del plasma, albumina, dextran).

Etapa anémica: Situación no urgente

Ya que se controló la hipovolemia y el paciente se encuentra estable se corrige la anemia resultante que inicia con dieta alta en proteínas y suplementos orales de hierro.⁵¹

⁵¹ Luckmann J. Cuidados de enfermería Saunders. Atención de personas con trastornos hematológicos. Vol. II. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.