

22

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Aplicado a una paciente con Déficit de volumen asociado a
Miomatosis Uterina y post-quirúrgica de Histerectomía Total
Abdominal.”**

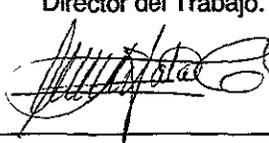
Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Presenta.

MA. NICOLASA CABRERA NÚÑEZ

Director del Trabajo.

284721

Lic. María Magdalena Mata Cortés
Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, D. F.

Agosto del 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
I.- METODOLOGÍA DE TRABAJO	7
<hr/>	
2.- MARCO TEÓRICO	
2.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	23
2.2 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	25
2.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	27
2.3.1 VALORACIÓN	27
2.3.2 DIAGNOSTICO	37
2.3.3 PLANEACIÓN	43
2.3.4 EJECUCIÓN	50
2.3.5 EVALUACIÓN	50
2.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	72
2.5 MIOMATOSIS UTERINA	
2.6.1 Histerectomía Total Abdominal	90
III. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	100
3.1 Presentación del caso	100
3.2 Valoración de enfermería	100
3.2.1 Observación	
3.2.2 Entrevista de enfermería	

3.2.3 Examen físico de enfermería	
3.2.4 Historia clínica de enfermería	
3.2.5 Valoración de enfermería aplicando el esquema de Virginia Henderson	
3.3 Diagnóstico de Enfermería	105
3.4 Plan de Cuidados de Enfermería	108
3.5 Ejecución del Plan de Atención de Enfermería	108
3.6 Evaluación del Plan de Cuidados	153
CONCLUSIONES	154
GLOSARIO	155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
ANEXOS	159

INTRODUCCIÓN.

En las organizaciones, la dirección de los departamentos se ha delegado en los supervisores. Los departamentos de enfermería deben permitir el pleno desarrollo de las potencialidades de cada persona y del propio equipo de salud. Una de las estrategias para incrementar la investigación de enfermería y sistematizar los cuidados es el Proceso de Atención de Enfermería, el cual permite desarrollar un pensamiento analítico, crítico y reflexivo, pero sobre todo independiente con el fin de detectar los problemas y/o necesidades del paciente, familia o comunidad a través de una atención organizada, planeada, científica, sistematizada, metódica e individualizada, con el fin de satisfacer esas necesidades o bien dar solución a problemas detectados.

Para poder dar Cuidados inmediatos posquirúrgicos de Enfermería de calidad a este grupo de pacientes con Histerectomía Total Abdominal, se deben poseer conocimientos y habilidades los cuales deben estar basados en un modelo conceptual definido. Siendo éste una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de la enfermería; ya que este vincula los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados, mismos que constituyen el cómo y el porque de la profesión de enfermería.

La enfermera proporciona sus cuidados a través de un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del paciente; el modelo conceptual de Virginia Henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano bio-psico-social, cultural y espiritual, la búsqueda de fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite

poner en practica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.¹

Así mismo, por no contar con antecedentes de estudio relacionados con el problema planteado, surge la necesidad y motivación a investigar y diseñar un plan de cuidados previamente elaborado bajo una base científica como lo es el Proceso de Atención de Enfermería aplicado al paciente post-operado de Histerectomía Total Abdominal en el Área de PACU (Unidad de Cuidados Post-anestésicos) en el área de hospitalización del Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Celaya, Gto., así como identificar y conocer la situación real, categorizando las necesidades que presente este tipo de pacientes.

Los mitos en la enfermería actual se abstienen con las interacciones entre la enfermera y el paciente, cuando ambas partes exploran los medios para alcanzar los objetivos planteados y están de acuerdo con dichas medidas, así como cuando muestran una conducta que los lleve a alcanzarlas.

Prestar cuidados de calidad, individualizados según las necesidades de los paciente y a un precio asequible es un objetivo común que cada vez más pretenden lograr las instituciones docentes formadoras de Licenciadas en Enfermería. El personal profesional y el mismo paciente a través de un proceso de atención. A la consecución de este objetivo queda claro el establecer que el campo del profesional de enfermería actual y al definir su disciplina no sólo como el profesional que otorga los cuidados al individuo que los necesite con calidad y calidez, sino que también establece sus objetivos definiendo sus actividades, detectando sus propias necesidades, revisando sus funciones y analizando los valores de esta profesión.

¹ MARGOR Phaneuf, M:A: "Cuidados de Enfermería, Un proceso de Atención de Enfermería". 2ª edición. Editorial Interamericana - McGraw-Hill. México. 1993. pág. 102.

El proceso de enfermería ofrece magníficas oportunidades a las pacientes cuando son atendidos por personal altamente capacitado. En este trabajo se dará a conocer la importancia del papel que desempeña la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para optimizar la atención del paciente post-quirúrgico brindando los cuidados con calidad y eficiencia.

El presente trabajo se desarrolló en los siguientes apartados:

En el primer capítulo se describe el marco teórico, que incluye los aspectos teóricos que dan sustento científico al tema motivo de la investigación. Este capítulo se desarrollo de manera conceptual el Proceso Atención de Enfermería con sus respectivas etapas que son; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. Se plantean los elementos teóricos del modelo de Virginia Henderson, que se utilizaron para el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, así como también se habla de la Miomatosis Uterina como patología que predispone a la intervención quirúrgica Histerectomía Total abdominal a la cuál fue sometida el paciente en estudio.

En el segundo capítulo se define la metodología a utilizar, que consiste en los instrumentos metodológicos de cada una de las etapas del Proceso como son: la valoración en la cuál se desarrolla la recopilación de la información a través de la guía de observación, la entrevista, la historia clínica de enfermería y el examen físico. La Planeación de los cuidados y la jerarquización de las necesidades, estructurando para cada una de estas su diagnóstico de Enfermería.

El tercer capítulo trata de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, es decir su implementación al paciente en estudio, jerarquizando sus necesidades, estableciendo sus diagnósticos de enfermería y sus objetivos.

En el cuarto capítulo se lleva a cabo el Plan de Cuidados de Enfermería y la evaluación.

JUSTIFICACIÓN.

La enfermería actual tiene una proyección social humana y científica, cuyo centro de actuación se sitúa en la valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas a los problemas relacionados con la salud; tanto existentes como potenciales, para lograr en el ser humano el máximo de salud a lo largo de su ciclo de vida y en distintas maneras su actuación, por lo cual, el presente trabajo se justifica porque la implementación del Proceso de Enfermería nos garantiza una óptima calidad de atención, implementándole al modelo de Virginia Henderson.

La función social de la enfermera dentro del equipo de salud tiene un ambiente autónomo, uno dependiente y otro independiente, en el proceso de resolver a participar en la solución de los problemas de salud. Es por esto y de gran importancia el conocimiento y la aplicación de contar con un instrumento que nos ayude a facilitar la atención de enfermería a pacientes post-operados de *Histerectomía Total Abdominal*, ya que al realizar el proceso (con sus etapas) asegura la individualización, la continuidad, la efectividad y un seguimiento de su padecimiento y/o enfermedad. La detección oportuna de necesidades y la calidad del cuidado, así como la participación activa del sujeto de atención en todas sus etapas, permitiendo además demostrar objetivamente la contribución del profesional de enfermería en el mantenimiento y recuperación de la salud y la toma de decisiones implementadas sobre bases técnicas en el análisis completo y sistemático de las situaciones.

OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Proporcionar cuidados de enfermería a la paciente de miomatosis uterina intervenida quirúrgicamente de Histerectomía Total Abdominal con calidad y óptima eficiencia a través de la implementación del Proceso Atención de Enfermería e implementar la importancia que tiene éste para que la atención se brinde al paciente con calidad y calidez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Desarrollar e identificar las etapas del Proceso de Atención de Enfermería a pacientes post-operados de Histerectomía Total Abdominal.
- ✓ Coadyuvar en la función de enfermería específica en las pacientes post-quirúrgicas aprovechando los recursos humanos y materiales existentes en la unidad.
- ✓ Jerarquizar las necesidades psicosomáticas del paciente post-quirúrgico de Histerectomía Total Abdominal.
- ✓ Contar con una recopilación documental para el personal de enfermería que labore en el área de hospitalización y que quede como fuente de consulta para el servicio y beneficio del paciente post-operado.
- ✓ Conocer los cuidados de enfermería al paciente post-operado de Histerectomía Total Abdominal a su ingreso al servicio de recuperación y aplicarlos eficaz y oportunamente; con base a los principios del Proceso Atención de Enfermería

1. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente estudio se realizo a una paciente de Miomatosis Uterina y post – operada de Histerectomia Total Abdominal en la sala de PACU y Área de Hospitalización en el Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Celaya, Guanajuato.

Es un estudio descriptivo porque se pretende conocer los cuidados que se deben proporcionar a una paciente con Miomatosis Uterina y post-operada de Histerectomía Total Abdominal bajo un plan de cuidados previamente elaborado. Es prospectivo porque los hechos a estudiar serán conforme ocurran y longitudinal porque se estudiarán las variables que se maneja en este proceso.

Valoración.

En la primera etapa de este estudio se desarrollo la Valoración general de enfermería a través de los instrumentos; observación, entrevista, historia clínica y examen físico.

A continuación se propusieron los instrumentos a utilizar para la recogida de datos y con base en ellos proponer las actuaciones de enfermería previa jerarquización de las necesidades.

La valoración es la etapa del Proceso Atención de Enfermería que nos permite a través de la obtención de datos determinar los diagnósticos de enfermería.

A continuación se plantearon las etapas del desarrollo del estudio:

Y un Plan de Cuidados a Pacientes Post-operados de Histerectomía Total Abdominal (integrados en un trabajo de investigación documental. Se determinará el Plan de Cuidados y los Diagnósticos de Enfermería con su objetivo, intervención

de enfermería, fundamentados científicamente, elaboración de criterios para realizar una valoración dirigida y su significado clínico.

Valoración de acuerdo a la Guía de necesidades de Virginia Henderson.

FECHA	ACTIVIDADES	OBSERVACIÓN
1ª Etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con el asesor para la solución del tema. • Buscar bibliografía suficiente para la investigación del caso clínico, iniciando la recolección de datos. • Recolección de fuentes bibliográficas para complementar antecedentes. • Recolección de fuentes bibliográficas para complementar antecedentes. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría y revisión formal del proceso de enfermería, fichas de trabajo, generalidades de la patología, técnica quirúrgica, objetivos y protocolo de investigación (borrador). • Asesoría, revisión y orientación para la elaboración del diseño metodológico. 	
2ª Etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría, revisión y orientación para la elaboración del plan de cuidados y de la aplicación del mismo. • Asesoría y revisión para la aplicación de la valoración general a pacientes con H. T. A. e implementar los diagnósticos de enfermería. • Asesoría, revisión y orientación del cómo integrar y formar las intervenciones de enfermería según el diagnóstico. 	
3ª Etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría, revisión y orientación para realizar el análisis de datos. • Elaboración de conclusiones y sugerencias. • Trámite de elaboración a limpio para su revisión a los asesores para seleccionar la metodología expositiva. • Presentación del trabajo. • Exposición y trámite de titulación. 	

HISTORIA CLINICA.

I. FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre:		Edad:	No. afiliación:	
Sexo:	Domicilio:			Teléfono:
Gpo y Rh:	Ocupación:	Religión:	Lugar de residencia:	
Escolaridad	E. Civil:	Origen:	Situación económica:	
Servicio:	Fecha	Nombre del esposo:		

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

VI. PADECIMIENTO ACTUAL.

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

VIII. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

IX. DIAGNOSTICO.

X. TRATAMIENTO Y MANEJO EN HOSPITAL

Planeación

En esta etapa se determinaron las necesidades obtenidas de la valoración y se establecerán sus diagnósticos de enfermería. Para después proceder a la jerarquización de las mismas con la finalidad de plantear un plan de cuidados.

La jerarquización de necesidades se desarrollará con base a la guía de valoración que establece Virginia Henderson para valorar las necesidades.

Ejecución

Se determino el Plan de Cuidados y los Diagnósticos de Enfermería con sus objetivos, intervención de enfermería, fundamentados científicamente, elaboración de criterios para realizar una valoración dirigida y su significado clínico.

Instrumento del plan de cuidados
e identificación de problemas.

DX.	DE	
ENFERMERÍA.		
OBJETIVO.		

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA	EVALUACIÓN

PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO DE POSTPARTO.

NECESIDAD: Evitar los peligros de perjudicar a los demás.

DX. DE ENFERMERÍA.

Duelo relacionado con la pérdida de un niño o feto o con la pérdida del niño "deseado".

BASE CONCEPTUAL.

Déficit de desarrollo de autocuidados (orem 1980;47). Modo de adaptación fisiológica (Roy 1976;14);

Necesidad humana básica (Yura y Walsh 1983e, 136). (14 necesidades de Virginia Henderson, 1977:16)

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier familia, ante la muerte de un recién nacido. • Aborto. • Embarazo ectópico. • Niño enfermo, • Niño con anomalías. 	<ul style="list-style-type: none"> • La familia tomará conciencia de que sus sentimientos se enmarcan dentro del proceso normal de duelo. • Fa familia será capaz de resolver su aflicción sin mecanismos de adaptación disfuncional. 	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera identificará las reacciones de la familia ante la pérdida. • Conseguirá que la familia pueda ver, tocar y coger al feto. • Sacará una fotografía del neonato. • Permitirá que la familia exprese sus sentimientos. • Proporcionará apoyo emocional. • Contactará con el servicio religioso de la institución o con el sacerdote de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han escrito muchos tratados sobre la vida y la muerte. Cualquier pérdida comporta un proceso de duelo. Las etapas del duelo son: shock, incredulidad, negación y aceptación. Además de los sentimientos de culpa y tristeza, es común encontrar 	<p>La familia estará de acuerdo en ver, tocar y sostener en brazos el feto. Si es apropiado para la familia, la pareja asegurará la asistencia a centros de la comunidad, según sus propias necesidades o las de sus hijos. En las visitas de control, la familia expresará sus sentimientos y</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Se ocupará de los arreglos para el bautismo, si la familia lo desea. • Enviará a la familia a los servicios apropiados de la comunidad, como grupos de participación. • Ayudará a la familia a determinar las alternativas de que disponen para el cuidado del niño. • Aconsejará a los padres que hablen con los hermanos. • Hará los arreglos necesarios para posteriores visitas de sentimiento. • Discutirá el proceso de duelo de modo que la familia comprenda que se trata de algo anormal. 	<p>también hostilidad y cólera. El proceso de duelo que dura más de 2 años se dice que es prolongado. El ver, tocar y escoger los brazos al niño ayuda a la mujer a "cerrar" su embarazo. Evita la confusión y el duelo prolongado (Klaus y Kennel, 1976).</p>	<p>comportamientos en relación con el duelo y pérdida del niño o feto. En un plazo de 12 a 18 meses, los miembros de la familia se habrán adaptado a su pérdida y se sentirán tristes sólo durante los períodos de vulnerabilidad.</p>
--	--	---	--	--

NECESIDAD: Eliminación

DX. DE ENFERMERÍA.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia del post-parto y atonía uterina”.

BASE CONCEPTUAL.

Déficit de desarrollo de autocuidados (Orem, 1980; 47). Modo de adaptación fisiológica (Roy, 1976;14);

Necesidad humana básica (Yura y Walsh 1983 c; 136).

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Atonía uterina.• Flujo vaginal excesivo.• Mujer con riesgo de hemorragia. <p>Postparto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gran múltípara.2. Tumor uterino.3. Antecedentes anteriores de hemorragia postparto.4. Trastorno de la	<ul style="list-style-type: none">• La familia deberá ser consciente de la necesidad de actividades de enfermería.• En el momento de alta, será capaz de enumerar los signos de los que debe informar al médico y será capaz de proporcionar cuidados a la madre y al niño.	<ul style="list-style-type: none">• La enfermera identificará los signos de loquios o sangrado excesivo.• Mantendrá un registro exacto de la pérdida hemática.• Proporcionará a la familia explicaciones de enfermería.• Determinará la causa del sangrado excesivo.• Si hay atonía uterina, masajeará el fundus.• Si aparece laceración, usará la presión y/o bolsa de hielo.• Iniclará la perfusión de líquidos y añadirá oxitocina según el	<ul style="list-style-type: none">• La causa más común de hemorragia en el período del postparto es la atonía uterina.• Un ml de sangre pesa 1 gramo.• Para registrar la pérdida hemática deberían pesarse las compresas antes y después de su uso.• La hemorragia es la causa más común de mortalidad en las mujeres durante el	<p>La paciente se recuperará en un tiempo limitado y la pérdida hemática se mantendrá dentro de los niveles mínimos con ayuda de líquidos parenterales cristaloides y/o bien con .eneralmente..</p>

<p>coagulación. 5. Parto prolongado. 6. Útero sobredistendido. 7. Parto quirúrgico.</p>		<p>procedimiento para caso de urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidará que la vejiga de al cliente se mantenga vacía de orina. Si ésta no puede miccionar, insertará una sonda vesical durante 12-24 hrs. • Mantendrá una valoración de enfermería constante mientras persista la hemorragia. • Cada 5 minutos controlará los signos vitales de la mujer, loquios, altura, tono del fundus y aspecto general. • Disminuirá la frecuencia en el control de los signos vitales a medida que la cliente se estabilice. 	<p>nacimiento de un hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un útero átono puede contraerse si se masajea suavemente el fundus hasta notarlo firme. • La sobreestimulación uterina por un masaje demasiado vigoroso puede hacer que se relaje y continúe la hemorragia aumentando la cantidad de la pérdida hemática. Se administra oxitocina para mantener la contracción uterina. 	
---	--	---	--	--

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitará análisis de laboratorio como grupo sanguíneo y Rh y pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> • Un útero firme ayudará a prevenir la hemorragia. 	

		<p>cruzadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrará sangre o productos hemoderivados según indicaciones médicas o normas institucionales. • Administrará oxígeno mediante mascarilla, según necesidades. • Informará al médico. • Administrará medicación según prescripción. • Observará los efectos esperados y efectos secundarios de los medicamentos • Informará a la familia de los medicamentos: nombre, tipo, razones para su uso y efectos secundarios. • Les instruirá acerca de las necesidades nutricionales. • Proporcionará cuidados de apoyo. • Seguirá el Plan de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablamos de hemorragia del postparto cuando hay pérdida de 500 ml o más de sangre durante las primeras 24 horas después del parto. • La pérdida de sangre durante el parto generalmente es menor de 500 ml, si la pérdida estimada se acerca a esta cantidad, ello deberá alertar a la enfermera que controlará más estrechamente a la cliente a fin de detectar una posible hemorragia postparto. • Otras causas de hemorragia, además de la atonía uterina puede ser la retención de fragmentos placentarios o 	
--	--	---	--	--

			<p>laceraciones de la vagina o el cérvix.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los desgarros del cérvix es posible que provoquen una hemorragia de sangre roja brillante. Si la hemorragia persiste, puede aparecer un shock.. • El shock que sigue a una hemorragia post-parto, generalmente está desproporcionado con la cantidad de sangre perdida). 	
--	--	--	---	--

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> • La hemorragia postparto que aparece después de un período de 24 horas recibe el nombre de hemorragia 	<p>La familia estará de acuerdo en ver, tocar y sostener en brazos el feto. Si es apropiado para la familia, la pareja asegurará la</p>

			<p>retrasada. La causa más habitual es la retención del tejido placentario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos de la actividad de enfermería consiste en detectar pronto la hemorragia y proporcionar inmediatamente cuidados de enfermería, correctores, una vez que exista la sospecha de hemorragia. 	<p>asistencia a centros de la comunidad, según sus propias necesidades o las de sus hijos. En las visitas de control, la familia expresará sus sentimientos y comportamientos en relación con el duelo y pérdida del niño o feto. En un plazo de 12 a 18 meses, los miembros de la familia se habrán adaptado a su pérdida y se sentirán tristes sólo durante los periodos de vulnerabilidad.</p>
--	--	--	--	---

Necesidad: De evitar los peligros

DX. DE ENFERMERÍA.

Potencial de infección relacionada con el parto reciente.

BASE CONCEPTUAL.

Déficit de desarrollo de autocuidados (Orem, 1980; 47). Modo de adaptación fisiológica (Roy 1976;14)

Necesidad humana básica (Yura y Walsh 1983c; 136).

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Cualquier mujer en el período del pos-parto.• Signos de inflamación.• Nutrición deficiente.• Haber obviado una patología médica.	<ul style="list-style-type: none">• La cliente suspenderá su estancia hospitalaria sin desarrollar ninguna infección.	<p>La enfermera proporcionará medidas preventivas y de apoyo para ayudar a reducir las posibilidades de infección:</p> <ol style="list-style-type: none">1. lavado de manos.2. dieta nutritiva.3. mantendrá la limpieza perineal.4. mantendrá la hidratación.5. iniciará precozmente la actividad y deambulación.6. proporcionará el reposo adecuado. <ul style="list-style-type: none">• Controlará cuidadosamente la aparición de signos de infección.• Tomará la temperatura c/4 horas.	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier parturienta es propensa a desarrollar una infección. El uso de técnicas estériles durante todas las actividades de enfermería puede prevenir su aparición.• Muchos microorganismos son transportados por el equipo de salud al llevar las manos sucias. Hay infecciones locales y sistemáticas que	<p>Tras el parto, la cliente no mostrará signos de infección.</p> <p>En el momento del alta, la cliente no sufrirá ninguna infección.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Observará la cicatrización perineal c/8 horas. • Controlará el dolor. • Controlará el fondus cada 4 horas según necesidades. • Valorará los signos generales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cansancio. 2. Palidez 3. Pérdida de apetito. 4. Escalofríos. • Instalará medidas de aislamiento si se descubre una sepsis. • Seguirá el protocolo para el control de la infección. 	<p>ocurren durante el período del post-parto, la localización más común de infección es la episiotomía. La limpieza de delante hacia atrás durante los cuidados perinatales puede prevenir el paso de microorganismos de la zona rectal a la episiotomía</p>	
--	--	--	--	--

DATOS DE APOYO A LA VALORACIÓN	OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Determinará el microorganismo causal. • Proporcionará cuidados de enfermería de apoyo adecuados al tipo de infección. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ordenará reposo en cama. 2. Controlará el dolor y uso correcto de medias 		

		<p>para su alivio.</p> <p>3. Administrará medicación según prescripciones: a). antibióticos, oxitocina, analgésicos, antipiréticos, anticoagulantes.</p> <p>4. mantendrá la hidratación por vía oral o líquidos intravenosos, hidratación por vía oral o líquidos intravenosos.</p> <p>5. controlará la diuresis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotará las valoraciones y las actividades de enfermería en los registros u hojas adecuados. • Mantendrá a la familia informada del estado de la madre y de los cuidados brindados. • Permitirá a la familia y amigos que vena y cuiden al recién nacido. 		
--	--	---	--	--

Enfermería como profesión requiere:

“Una base precisa

**Una base teórica, en la que sustente la solución
de los problemas propios del quehacer
profesional**

**Uno o varios modelos conceptuales, que
constituyan el marco de referencia para la
enseñanza, la práctica y la investigación y por
supuesto**

La elaboración de un método de trabajo”

Nanda

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDADES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. (Conceptos y sus etapas).

La profesionalización constituye una estrategia y un proceso de cambio permanente para lograr que las metas de la enfermería estén acordes con las necesidades de atención a la salud de una sociedad que se encuentra en continua transformación. Este proceso exige a la vez cambios en la disciplina de la enfermería, tanto en su forma de pensar como en su forma de apreciar la salud y la sociedad, así como en su forma de actuar.

Como punto de partida definiremos el concepto de profesionalización un tanto adoptado para orientar este trabajo, ya que como base teórica es importante mencionarla: la profesionalización es un proceso dinámico que permite el desarrollo integral del saber y de qué hacer de la disciplina en forma consciente, comprometida y organizada, tanto individual como gradualmente, considerando los conocimientos, los principios y valores humanos y sociales como características propias del individuo en capacidad de crear y generar acciones objetivas, racionales y sistemáticas, para beneficio propio y de los demás (personas a quienes sirven)².

Tomando en cuenta al ser humano en su entorno familiar y social como centro de atención; así mismo es importante señalar que el nuevo proceso de intervención de enfermería se funda de tres elementos principales que son:

1. Habilidad y conocimiento para pensar en forma analítica y crítica.
2. Habilidad para la toma de decisiones.

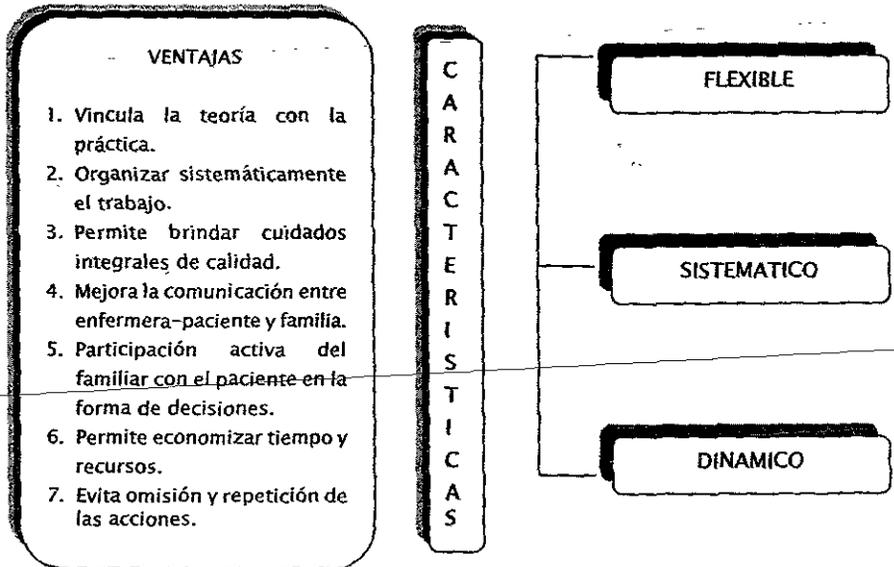
² KING, Image; "Enfermería como profesión filosófica, principios y objetivos". Ed. LIMUSA, México, 1989. p.p. 60.

3. Habilidad para actuar en forma independiente en base al análisis y toma de decisiones³.

Demostrando así en la actuación y en el quehacer diario del profesional de enfermería, creatividad, objetividad, concordancia en las necesidades de la realidad social; reflejando los valores humanitarios, éticos, calidad científica así como técnica.

³ ALFARO, Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería". 3ª edición. - Edit. Doyma -, Barcelona, España

CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO.



2.2 OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Prevenir, mantener y/o recuperar la salud o "bien" un nivel óptimo de salud y de vida en el individuo, tomándolo como un ser biopsicosocial.

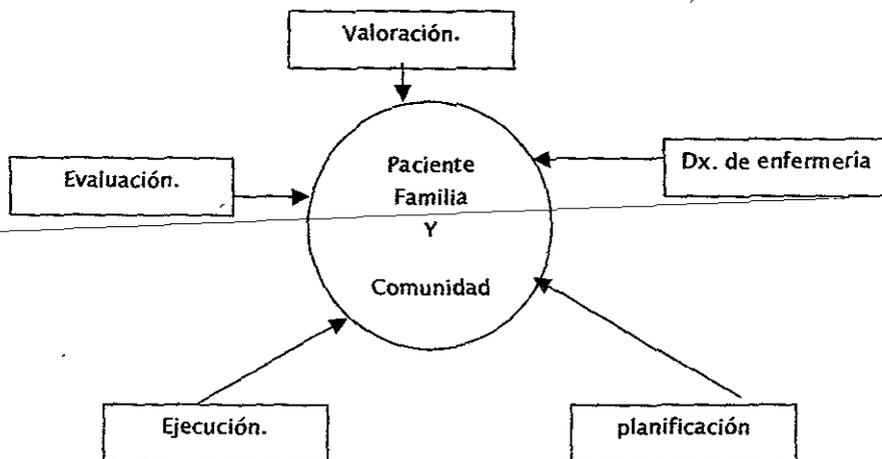
BENEFICIOS DE UTILIZAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

- o Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- o Impide omisiones y repeticiones innecesarias.
- o Permite una mejor comunicación.
- o Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- o Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- o Estimula la participación del paciente.

- o Aumenta la satisfacción del personal de enfermería ante la consecución de resultados⁴.

MODELOS CONCEPTUALES.

PROCESO DE ENFERMERÍA.



El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

La Ciencia de la Enfermería se fundamenta en una base teórica, ampliando el proceso de enfermería, este proceso consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas que son: Valoración, diagnóstico, planificación, realización y evaluación de resultados. Estas cinco etapas constituyen el planteamiento para

⁴, Ann. "Modelos y Teorías de Enfermería". Rol. Barcelona, España, 1989.

resolver los problemas, agrupando las funciones interactivales en un intento por definir las actividades propias de enfermería, las cuales se definen a continuación⁵:

2.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Valoración.

Es la primera fase del Proceso de Enfermería. Antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente debe identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y técnica al llegar a un Diagnostico de Enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

El objetivo de esta fase es obtener información sobre la salud con el fin de que la enfermera pueda planificar individualmente los cuidados.

La valoración se lleva a cabo a través diferentes fuentes las cuáles son: la observación, la entrevista, la historia clínica de enfermería y el examen físico.

LA OBSERVACIÓN.

Se define como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se ejercen primer lugar, por medio del análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración. Se puede afirmar, que en los cuidados de enfermería, la observación consiste en

⁵ IYER, PATRICIA W Bárbara J. Taptich. "Proceso de enfermería y Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Ed. Interamericana, México D. F. 1989 (©1986) pág. 85.

considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continua que nos permita conocerlo mejor⁶.

La observación es una técnica consciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo y de un enfoque organizados. Los datos se recogen por medio de los sentidos, Sin embargo las enfermeras utilizan preferentemente la vista aunque todos están involucrados⁷.

LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.

- Es un instrumento importante para reunir los datos de valoración.
- Debe considerarse que el paciente es en sí la principal fuente de información. Otras fuentes significativas son la familia, los allegados, las anotaciones por escrito y las demás profesiones en el cuidado de la salud.
- Entre las medidas para conseguir una entrevista satisfactoria figuran: Crear una relación de confianza con el paciente, formular algunas preguntas de sondeo, adoptar una actitud de escucha activa y mantener la observación continua.

Es una conversación que tiene un propósito determinado. Algunos de sus fines son: obtención de datos, evaluación de los cambios, enseñanza, identificación de los problemas, ayuda y asesoramiento en el tratamiento⁸

Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobreentiende que el objetivo de este documento es recoger informaciones que permitan descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y

⁶ PHANEUF, Margot. "Cuidados de Enfermería. El Proceso Atención de Enfermería". Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Edit. Mc. Graw Hill – Interamericana, Madrid, 1993 p.59.

⁷ KOZIER, Bárbara. "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas". 2ª. edición. Editorial. Interamericana México 1989 (© 1989). p.p. 112 .

⁸ ABDELLAH,

las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este es un instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados⁹.

NORMAS PARA LLEVAR A CABO LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.

1. Cómo establecer una relación.

- Asegure la intimidad.
- Llame al paciente por su nombre.
- Explíquese su objetivo.
- Mantenga un buen contacto visual.
- No tenga prisa.

2. Cómo observar.

- Use los cinco sentidos.
- Fíjese en el aspecto general.
- Fíjese en el lenguaje corporal.

3. Cómo formular preguntas.

- Pregunte en primer lugar acerca del problema principal del paciente.
- Use una terminología comprensiva.
- Utilice preguntas abiertas.
- Reintroduzca las propias palabras del paciente.
- No empiece con preguntas personales no delicadas.
- Use una formulación estructurada de valoración para evitar omisiones.

4. Cómo escuchar.

- Adapte una actitud de escucha activa.
- Permita que el paciente termine las frases.
- Tenga paciencia¹⁰.

⁹ Op. Cit. PHANEUF, Margot p. 86.

¹⁰ Ibidem ALFARO, Rosalinda pág. 93.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

PRACTICA DE ENFERMERÍA.

**Funciones
colaborativas**

(funciones dependientes)

Funciones propias.

(funciones
independientes)

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS.

Clínicos. (Dx. Médico)

Dimensión interdependiente en cuya identificación y tratamiento colabora enfermería con otras profesiones.

Enfermería (Dx. De Enfermería)

Dimensión interdependiente, situaciones, cuya identificación y tratamiento son responsabilidades directas del personal de enfermería

COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO MEDICO Y EL TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA.

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

Enfocado a tratar la respuesta humana única del individuo tiene una alteración real o potencial de la salud.

Ejemplo.

La Señora López presenta dolor y tumefacción en ambas manos, lo que le dificulta para comer y vestirse por sí misma, afirma que teme perder su independencia, llora con facilidad y pide repetidamente que no se le interne. La enfermera se centra en los efectos del dolor y la tumefacción sobre la vida diaria de la paciente, es decir, la enfermera tiene problemas para comer y vestirse por sí sola y teme perder su independencia.

TRATAMIENTO MEDICO

Enfocado a tratar la enfermedad.

Ejemplo.

La Señora López está experimentando una exacerbación de su artritis reumatoide que le provoca mayor dolor y tumefacción en las articulaciones de ambas manos (el médico se centra a indicar tratamiento para eliminar la enfermedad)¹¹.

2.1.1. RECOLECCIÓN Y SELECCIÓN DE DATOS. (ESQUEMA)

HISTORIA CLÍNICA.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE	EDAD
NO. DE AFILIACIÓN.	SEXO
DOMICILIO	COMUNIDAD
TELÉFONO.	OCUPACIÓN.

¹¹ BRUNNER, D. S. Suddart. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Vol. II. 4ª. ed. Editorial. Interamericana. México, 1988 (© 1988) p.p. 1507. CANALES, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, OPS/OMS México, 1986.

RELIGIÓN	GRUPO Y RH
ESCOLARIDAD	LUGAR DE RESIDENCIA.
ORIGINARIA	ESTADO CIVIL.
SERVICIO	SITUACIÓN ECONÓMICA.
NOMBRE DEL ESPOSO	FECHA.

- II Antecedentes heredofamiliares.
- III Antecedentes personales no patológicos.
- IV Antecedentes gineco-obstétricos.
- V Antecedentes personales patológicos.
- VI Padecimiento actual.
- VII Interrogatorio y apartados y sistemas.
- VIII Exámenes de laboratorio y gabinete.
- IX Diagnóstico.
- X Diagnóstico de enfermería.
- XI Tratamiento y manejo en hospital.
- XII Conclusiones.
- XIII Pronóstico.

DX. DE ENFERMERÍA.

BASE CONCEPTUAL.

DATOS DE APOYO O VALORACIÓN	CRITERIOS Y RESULTADOS	ACCIONES Y ACTIVIDADES	BASE RACIONAL	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN

VALORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA.

La valoración física de enfermería deberá realizarse en forma conjunta con la entrevista siguiendo un método sistemático y organizado. La valoración física supone:

- Observación. Examen visual cuidadoso y global.
- Auscultación. Examen basado en la audición con estetoscopio.
- Palpación. Examen basado en el tacto y la sensación.
- Percusión. Examen basado en el tacto de percusión y la audición.

Las técnicas de valoración física deben practicarse con frecuencia para asegurar una recogida de datos precisa. Esta ha de efectuarse de una forma sistemática y organizada.

Examen físico.

El examen incluye aspectos físicos psicosociales. La enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado de salud del cliente. Puede centrarse en un problema específico, como en la incapacidad para orinar, o ser general, considerando al individuo como un todo.

Debe ser sistemático. Un enfoque habitual es el examen cefalocaudal, de la parte superior a la inferior. Comienza por la cabeza y termina por los dedos de los pies. El objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicosociales. En contrario con el médico que lo orientará hacia la enfermedad.

El examen visual se denomina inspección. Se hace por áreas ordenadamente. La exploración también puede llevarse a cabo por medio de la palpación mediante esta técnica es posible valorar la dureza, el tamaño, la textura, la inflamación y la movilidad de un órgano interno. La percusión se realiza golpeando suavemente con la yema de los dedos. La auscultación consiste en escuchar los sonidos del interior del cuerpo¹².

¹² Op. Cit. ABDELLAH, pág. 68.

La realización de cada una de las etapas del proceso de enfermería, dependen de la previsión de la que ha presidido, además las etapas se superponen ligeramente. Así es posible iniciar las primeras fases de la formulación de diagnóstico, mientras aún se está realizando la valoración de enfermería.

De la misma manera que puede hacer una cierta planificación mental al tiempo que se está ejecutando el plan. La primera fase de evaluación supone determinar la consecución de objetivos, pero también es necesario fijarse en el plano global para decidir qué factores contribuyen a su éxito o fracaso.

COMPONENTES DE LA FASE DE VALORACIÓN

- Obtención de datos. Recopila la información sobre el paciente, familia o comunidad de acuerdo a una guía previamente establecida.
- Validación de los datos. Compruebe qué hechos son reales y cuáles son inestables.
- Organización de los datos. Reúna los datos en grupos de información a fin de identificar modelos de salud o enfermedad¹³.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS DE VALORACIÓN.

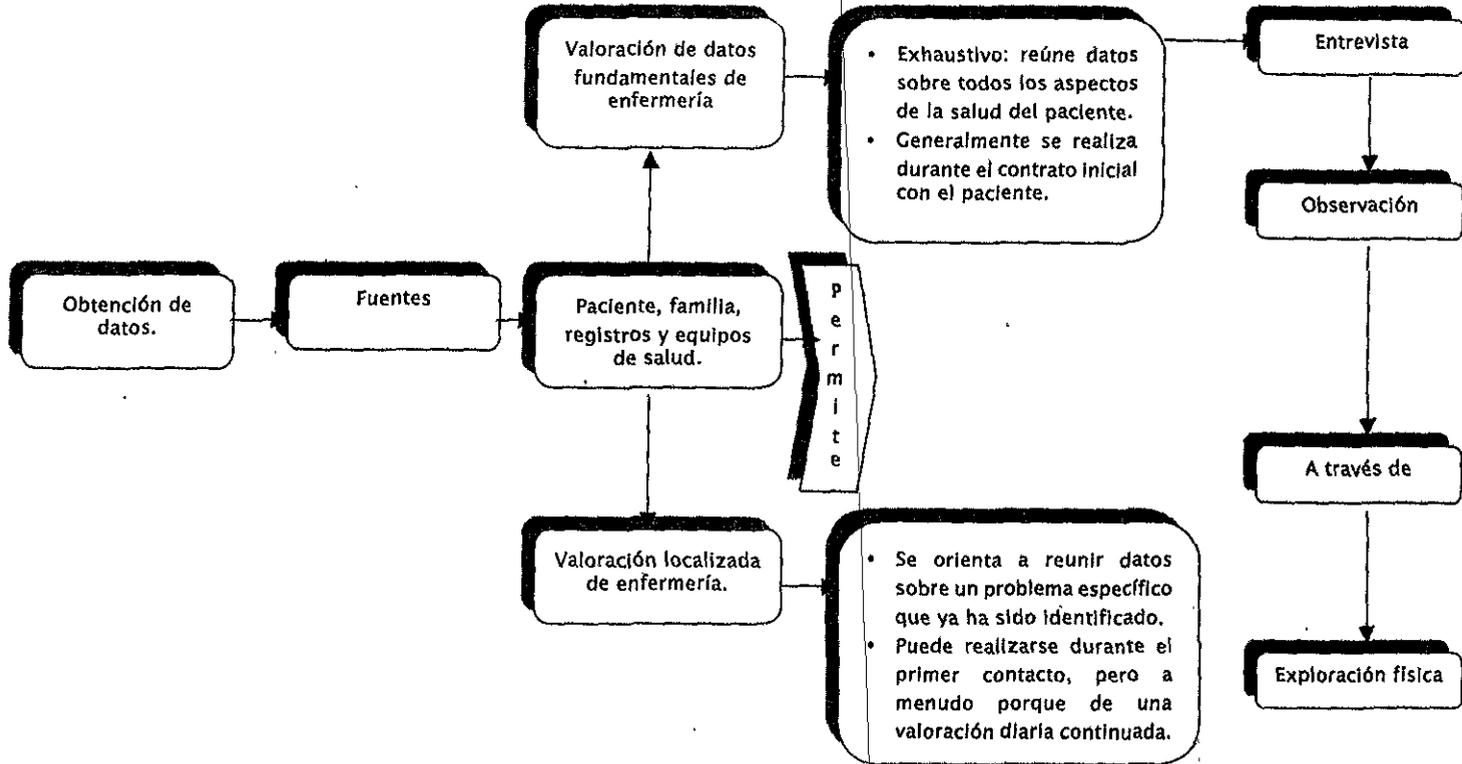
1. Modelo de percepción – cuidado de la salud. Describe el modelo de salud /bienestar percibido por el paciente y cómo cuida su salud.
2. Modelo nutricional – metabólico. Describe el modelo de ingesta de alimentos y líquidos en relación con las ingestas metabólicas y los indicadores de aporte nutricional.

¹³ HOLLOWAY. "Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial. Dogma España., 1990 (©1989) pág. 76

3. Modelo de eliminación. Describe los modelos de la función de eliminación (intestinal, vesical y cutánea).
4. Modelo de actividad – ejercicio. Describe el modelo de ejercicio, actividad, ocio y distracciones.
5. Modelo cognitivo – perceptivo. Describe el modelo cognitivo y sensorio perceptivo.
6. Modelo de sueño – descanso. Describe los modelos de sueño, descanso y relajación.
7. Modelo de percepción – concepto de sí mismo. Describe el modelo de concepto y percepción de uno mismo (por ejemplo: bienestar corporal, imagen corporal, estado de sensibilidad).
8. Modelo de papel –relación social. Describe el modelo de papeles adoptados por el individuo y sus relaciones sociales.
9. Modelo de sexualidad – reproducción. Describe los modelos de satisfacción, insatisfacción sexual del paciente. Describe los modelos reproductivos.
10. Modelo de adaptación – tolerancia de estrés. Describe el modelo de adaptación general y la eficacia de éste en términos de tolerancia al estrés.
11. Modelo de valores – creencias. Describe los modelos de valores, creencias (incluidas las espirituales) y objetivos que guían las elecciones –decisiones¹⁴.

¹⁴ Ibidem Ann Marriner. Pág. 127

FASE DE VALORACIÓN (FLUXOGRAMA).



DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o comunidad o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de las que es responsable la enfermera¹⁵.

Como identificar los diagnósticos de enfermería aceptados por la NANDA.

Familiarícese con la lista.

1. Como ayuda para aprender categorías diagnósticas, sus características definitorias y las etiologías más frecuentes, lleve siempre consigo algún manual que contenga esta información de manera fácilmente accesible.
2. Revise la lista, escoja algunos diagnósticos que crea que encontrará asiduidad y estudios en primer lugar. Por ejemplo: Alteración en la eliminación intestinal. Deterioro potencial de la integridad cutánea, miedo y ansiedad son diagnósticos que incluso las estudiantes de primeros cursos son capaces de identificar.
3. no crea que ha de utilizar todos los diagnósticos de lista. Si por cuestiones filosóficas se opone al empleo de algunos de ellos, déjelos de lado, pero no lo haga con toda la lista¹⁶.

Redacción e identificación de problemas y diagnósticos de enfermería.

1. Practique el uso de técnicas de valoración localizada, las cuales le ayudarán a reunir datos relativos a cada diagnóstico en particular.

¹⁶ CARPENITO, Linda. "Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Editorial Interamericana, México, D. F. 1988 © pág. 225.

2. Reúna, interprete y agrupe los signos y síntomas (datos objetivos y subjetivos).
3. Manténgase informada de los diagnósticos médicos presentes, pues algunos de ellos suelen asociarse a determinados diagnósticos de enfermería (p. Ejemplo, los pacientes con diabetes corren un alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea).
4. Estudie los signos y síntomas que han agrupado y elija una categoría diagnóstica que parezca describir el problema. Compare los signos y síntomas con las características definitorias de ese diagnóstico concreto. No es necesario que concurren todas las características definitorias, pero al menos debe ser evidente una de ellas a fin de confirmar el diagnóstico.
5. especifique al máximo cuando utilice el diagnóstico aceptado. Use adjetivos cualitativos y cuantitativos para identificar claramente el diagnóstico (p. Ejemplo. Deterioro potencial de la integridad cutánea en relación a la pérdida total de la sensación y movilidad de la mitad inferior del cuerpo).
6. Si la categoría diagnóstica va seguida de la palabra "especificar", esto significa que debe colocar dos puntos e indicar el área e que se localiza el problema. Por ejemplo. Si identifica déficit del conocimiento, ha de especificar en que área el paciente necesita aprendizaje (p. Ejemplo. Déficit de conocimientos: efectos colaterales de la medicación).
7. Recuerde que los diagnósticos de enfermería deben reflejar su modelo de respuesta, no una respuesta aislada¹⁷.

Taxonomía del diagnóstico.

"Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o comunidad o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de

actuaciones de enfermería que consigan los resultados de las que es responsable la enfermera”.

(Nanda, 1972).

Clasificación de diagnósticos.

- ❖ Reales. Cuando los signos y síntomas están presentes existe el problema.
- ❖ Potenciales. Está presente la causa, pero no se han presentado los sistemas.
- ❖ Posibles. Está presente la causa, pero no se han presentado los síntomas.
- ❖ Características definitorias es igual a = signos y síntomas o datos objetivos y datos subjetivo.

Factores etiológicos y contribuyentes.

- ❖ Fisiológicos.
- ❖ Coyunturales.
- ❖ Maduración.

Fisiológicos.

- ❖ Mal nutrición.
- ❖ Trastornos sensitivos y motores.
- ❖ Lesiones de médula espinal.
- ❖ Accidente vascular cerebral (ictus)
- ❖ Enfermedades neurológicas.
- ❖ Efectos colaterales de fármacos.
- ❖ Calcio.
- ❖ Anticolinérgicos.
- ❖ Anestésicos.
- ❖ Narcóticos (codeína morfina).
- ❖ Trastornos endocrinos y metabólicos.
- ❖ Anorexia nerviosa.
- ❖ Obesidad.

¹⁷ Op. Cit. pág. 87.

- ❖ Antiácidos.
- ❖ Hierro.
- ❖ Aluminio
- ❖ Dolor (durante la defecación).
- ❖ Peristalsis disminuida en relación con hipoxia (cardiaca, pulmonar).
- ❖ Hipotiroidismo.
- ❖ Hipertiroidismo.
- ❖ Hemorroides.
- ❖ Lesión lumbar.

Coyunturales.

- Cirugía.
- Falta de ejercicio.
- Modelos de eliminación irregulares.
- Deshidratación.
- Uso habitual de los laxantes.
- Miedo al dolor rectal o cardiaco.
- Falta de intimidad.
- Dieta inadecuada (ausencia de fibra / tiamina).

Desarrollo o maduración.

- Lactancia: leche artificial.
- Infancia y aprendizaje de los hábitos de eliminación (negativa e interrumpir el juego).
- Senilidad: reducción de la movilidad del aparato digestivo.

DIAGNOSTICO DE LA NANDA.

1. Problema de salud

2. Etiología

La limpieza ineficaz en las vías aéreas en relación a expectoración débil y dolor en la herida manifestado por:
 Esfuerzo de expectoración escaso o nulo e indicaciones de que la lesión quirúrgica le duele muco cuando tose.

**3. Signos y síntomas
(características definitorias)**

ENUNCIADO DIAGNÓSTICO.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación a expectoración escasa y dolor en la herida manifestada por esfuerzo de expectoración o nulo e indicaciones de que la incisión le duele mucho cuando tose.

COMO ESCRIBIR ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS EN DOS Y TRES PERSONAS.

1. Diagnóstico real de enfermería (enunciado en tres partes).

Problema + Etiología + Signos y Síntomas presentes.

Ejemplo: Déficit de autocuidados en relación a la incapacidad para mover los brazos manifestado por vendajes de yeso en ambas manos y muñecas.

2. Diagnóstico de enfermería potenciales y posibles (enunciado en dos partes)

Problema + Etiología

Ejemplo: Limpieza de las vías aéreas potenciales ineficaz en relación al tabaquismo. Posible alteración del concepto de si mismo en relación a al enfermedad crónica.

2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA..

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS.

DX.	DE	
ENFERMERÍA.		
OBJETIVO.		

Planeación.

La fase de planeación comienza con el Diagnóstico de enfermería que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería tales como la observación y la entrevista de enfermería

Realización y/o ejecución.

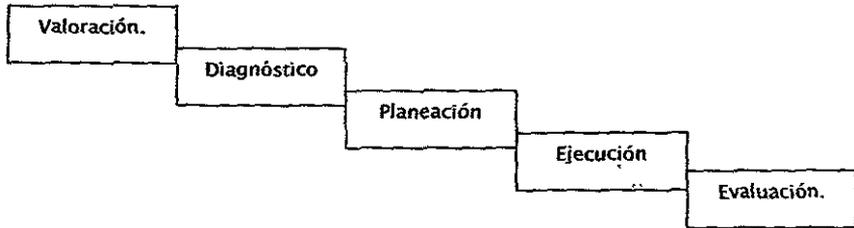
Es brindar realmente los cuidados de enfermería, un plan contribuye a brindar cuidados de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación, el cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico; ayuda también a la continuidad y coordinación de dichos cuidados¹⁸.

Evaluación.

Es la fase final, pero continua del proceso de enfermería en la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. ¿Se proporcionaron con efectividad los cuidados? Si fue así, ¿Por qué?, si no ¿Por qué?, ¿Cómo podrían mejorarse los cuidados?. La evolución del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que deberá haber proporcionado la enfermera.

¹⁸ MARRINER, Ann "El proceso de Atención de Enfermería con un Enfoque Científico". Traducción de la 2ª. Ed. Dr. Alfonso Téllez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México, D. F. 1990. pág. 36.

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA¹⁹.



PLANEACIÓN DE CUIDADOS.

VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST-OPERADOS DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL.

La meta principal del cuidado de enfermería en el post-operatorio es ayudar al recién operado a normalizar sus funciones en la forma más rápida, segura y cómoda que sea posible.

Una vez que la paciente ingresa a la Sala de Recuperación, lo acompaña el anestesiólogo. La enfermera encargada de esta sala le informará a la paciente que terminó la cirugía, la debe llamar por su nombre y la ayuda a orientarse, de inmediato realiza las valoraciones prioritarias como: La valoración y asistencia de las vías respiratorias, el estado circulatorio, el grado de conocimiento, el sitio operado, así como los drenajes y otras tuberías, se valorará también el equilibrio de líquidos y electrolitos, además, se debe crear un ambiente de seguridad. Los datos obtenidos de esta valoración se anotan con la hora de ingreso del paciente a la Unidad de Recuperación, posteriormente, la enfermera recibe indicaciones o un informe del Ginecólogo o del Anestesiólogo, mismo que llevará a la práctica, junto con su guía de valoración de cuidados de Enfermería. Esta información contiene el

¹⁹ ABDELLAH, pág. 74.

estado de la paciente, detalles y observaciones de la operación, antecedentes preoperatorios importantes, como por ejemplo: Arritmias, convulsiones, sangrado, etc., así como el uso de fármacos empleados durante el preoperatorio, con esteroides o insulina, tipo de anestésico, narcótico, relajante muscular empleado, así como la reacción del paciente a los mismos. También mencionará complicaciones durante la operación, el sagrado y la restitución del mismo, líquidos administrados intravenoso durante la operación y los que se administrarán en esta sala. Toda esta información le será útil a la enfermera para evitar una mala evolución post-operada.

La excreción urinaria durante la operación, la presencia o ausencia de Sonda de Foley, tipo y número de drenajes o catéteres empleados por el Ginecólogo. También es importante la lectura de la presión arterial con equipo monitor específico.

3.1. JERARQUIZACIÓN DE PRIORIDADES.

En los hospitales se realizan cientos de procedimientos quirúrgicos, algunos paciente vuelven a su hogar de 3 a 4 días después de la cirugía, otro procedimientos quirúrgicos necesitan una hospitalización más prolongada, que puede oscilar de varios días hasta varias semanas.

Los prefijos y sufijos de los nombres de los procedimientos quirúrgicos ayudarán a comprender la naturaleza del período posterior inicial, así como su valoración e intervención posterior y las acciones de enfermería a realizar en recuperación. La enfermera ubicada en esta área es un elemento muy importante, ya que es primordial y de gran importancia la labor que desempeña, es ahí donde entran los *Cuidados Postoperatorios* que incluyen la valoración regular y sistemática de²⁰:

Jerarquización de prioridades:

1. La función respiratoria.
2. La función cardiovascular.
3. El estado neurológico.
4. El equilibrio de fluidos y electrólitos.
5. Curas, tubos y drenajes.
6. Dolor.
7. Seguridad y bienestar ambiental.

Tan pronto como el paciente vuelve de la sala de cirugía, la enfermera realiza una valoración inicial y dentro de esta valoración se enumeran siete factores que a continuación se mencionan:

1. Función Respiratoria.

Se valorará el ritmo, profundidad y la calidad de la respiración, así como los movimientos pectorales del paciente, si la respiración parece muy poco profunda, la enfermera debe colocar la mano delante de la boca del paciente para notar el aire que exhalar, debe auscultar los pulmones y comprobar los movimientos bilaterales pulmonares. La obstrucción respiratoria es la urgencia más habitual en la Sala de PACU y puede deberse a la oclusión de la laringe por la lengua, espasmo o edema de las vías aéreas, acumulación de secreciones en el tubo respiratorio, etc. los signos de obstrucción respiratoria²¹

²⁰ Ibidem KING, Image Pág. 104

²¹ GAUNTLETT, Patricia y Myers, Judith. "Enfermería médico-quirúrgica". Vol. 12ª Ed. Adaptación: Susana Salas y Ma. Teresa Alzaga, Edit. Mosby-Doyna libres, Madrid España. 1997. Pág. 356.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inquietud (signo precoz). ○ Pulso rápido e irregular (signo precoz). ○ Respiración ruidosa e irregular. ○ Uso de los músculos accesorios para la respiración, por ejemplo, empleo de los músculos abdominales o del cuello y retracciones intercostales. ○ Aprehensión o ansiedad. ○ Intentos de incorporarse. ○ Palidez o cianosis (signo tardío). 	
--	---	--

Las actuaciones de enfermería destinadas a mantener una función respiratoria adecuada, comprenden varios aspectos importantes como:

- ✓ Colocar a los pacientes inconscientes de lado con la cabeza ligeramente hacia abajo, no colocar almohada bajo la cabeza. Esta posición impide la caída de la lengua hacia atrás, evitando la oclusión de la faringe y permite el drenaje de mucus o vómitos hacia fuera de la boca en lugar del interior del árbol respiratorio, para asegurar la máxima expansión del pecho elevar el brazo del paciente con una almohada, si el brazo se apoyara contra el cuerpo, reduce la expansión pectoral. Una vez que el paciente recobra sus reflejos puede adoptar la posición que elija.

- ✓ Mantener vías aéreas artificiales y conectar aspiración a ellas hasta que los reflejos de control de la tos y deglución se establezcan, normalmente el paciente ocupe para despejar las vías orofaríngeas. Los tubos endotraqueales no se deben de retirar hasta que el paciente esté despierto y sea capaz de respirar por sí mismo. Antes de retirar las vías ratificales respiratorias, aplicar succión en el tubo respiratorio y en la faringe, a continuación ayudar al paciente a volver a toser y respirar profundamente, siempre que los signos vitales sean estables.

- ✓ Administrar oxígeno, si es necesario a pacientes con hiperventilación.
- ✓ Mantener alerta por si aparecieran signos de complicaciones respiratorias²².

2. Función cardiovascular.

La función cardiovascular se valora midiendo la tensión arterial, tomando el pulso y valorando el color y estado de la piel. Si la tensión arterial del paciente baja más de 200 mm/hg, después de la intervención o disminuye 5 ó 10 mm/hg, en cada lectura, se debe notificar al médico. El pulso se valora según su ritmo, velocidad y calidad. Si el pulso radial es muy débil se debe tomar el pulso apical. Normalmente el pulso es ligeramente más rápido tras una intervención, pero si supera 110 pulsaciones por minuto o es inferior a 60 pulsaciones por minuto se debe comunicar inmediatamente al médico. También se debe observar o informar si el ritmo del pulso es marcadamente superior o inferior al ritmo preoperatorio. El color de la piel y su estado especialmente de labios y de las uñas son indicadores de la perfusión tisular (paso de la sangre a través de las venas) si la piel muestra un aspecto pálido, cianótico, frío y húmedo puede indicar problema circulatorio y los más habituales son: Las hemorragias y el shock, paro cardiaco e hipotensión postoperatoria. La ruptura de las suturas y la ligazón insegura de los vasos sanguíneos puede conducir a una hemorragia, el shock se produce como resultado de una hemorragia masiva o de una insuficiencia cardiaca. Ciertos medicamentos anestésicos y relajantes musculares pueden ocasionar hipotensión postoperatoria. Los signos de hemorragia y shock comprenden²³.

²² Op. Cit. pág. Pág. 435.

²³ FLYNN E. A. Mahoney. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial. Interamericana, México D.F. 1986. p.p. 212.

- Aumento del pulso y ritmo respiratorio.
- Inquietud.
- Reducción de la presión arterial.
- Piel fina y húmeda.
- Sed.
- Palidez.

Además de esto, otras señales de hemorragia son: Los drenajes sanguinolentos en los apósitos ó en las ropas de cama que suelen aparecer bajo el paciente. Las actuaciones de enfermería para prevenir las hemorragias y el shock incluyen:

- Observación cuidadosa de los signos vitales cada 15 minutos hasta que los signos se restablezcan y a partir de entonces cada 30 minutos.
- Reposición adecuada de fluidos perdidos durante la intervención.

3. Función neurológico.

Al despertar de una anestesia general, el paciente pasa por las siguientes fases: responde a los estímulos, por ejemplo: ruidos fuertes o a su nombre pronunciado en voz alta, somnolencia, despierto, pero desorientado, alerta y orientado. La recuperación de los reflejos como el de tragar o el de la náusea indica que el efecto de la anestesia está terminando. El tiempo de recuperación de la anestesia varía según el tipo o agente anestésico utilizando su dosis y la respuesta de la persona, para despertar al paciente, la enfermera debe dirigirse a

él por su nombre en un tono de vos natural, que la intervención ha terminado y que se encuentra en la sala de PACU²⁴.

4. Equilibrio de fluidos electrólitos.

Durante la intervención aumenta la producción de aldosterona y como resultado, el cuerpo conserva el sodio y los fluidos, por esta razón se debe tomar precauciones para no sobrecargar al organismo de fluidos. Sin embargo, debe existir suficiente líquido para mantener la tensión arterial. La valoración del equilibrio de fluidos y electrólitos es importante, se deben monitorizar los pacientes y llevar el control de líquidos dirigidos y eliminados, si el paciente recibe sangre, la enfermera debe estar alerta ante posibles signos de reacciones adversas.

5. Curas, tubos y drenajes.

La enfermera inspeccionará regularmente los apósitos, ropas de cama por debajo del paciente, para detectar signos de hemorragia, al notarlo debe medir la cantidad y avisar al médico inmediatamente y reportarlo en su informe.

6. Dolor.

Al salir de la anestesia, los pacientes necesitan analgésicos para el dolor. Los analgésicos se administrarán según las indicaciones del médico y después de valorar el dolor del paciente, si la enfermera considera que son necesarias las dosis de analgésicos dadas en la sala de recuperación, se debe tomar en consideración antes de aplicar el analgésico y previa toma de tensión arterial, ya que generalmente son pacientes hipotensos y en algunos casos, el dolor puede ser causante de la hipotensión, por lo tanto, la enfermera deben administrar

²⁴ **PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering.** "Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstetrico". 7ª. ed. Editorial. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. 1997© 1976. p.p. 535.

medicamentos contra el dolor después de valorar meticulosamente el estado del paciente²⁵.

7. Seguridad y bienestar ambiental.

Se considera que el entorno es seguro cuando los pacientes no pueden sufrir daño. Las enfermeras deben de levantar los barandales de la cama y evitar que el paciente sienta frío.

Saber que el paciente se encuentra bien y cómodo supone un alivio para sus acompañantes. Un entorno seguro debe hallarse libre de microorganismos patógenos. Los pacientes post-operados son particularmente propensos a las infecciones debido a la debilidad de su estado inmunológico y los microorganismos pueden penetrar en el cuerpo a través de la incisión.

Problema interdependiente.

(ESQUEMA)

1.

Actividad.

Razonamiento

2.

Actividad.

Razonamiento

3.

PLANES DE CUIDADOS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

²⁵ JONATHAN, L. Benumof. "Clínicas de Anestesiología de Norteamérica". Tr. De W. B. Saunders México, Ed. Interamericana, 1989 (©1989). p.p. 409.

El personal de enfermería destinado a la Sala de Recuperación debe trabajar de una manera ordenada y coordinada. También deberá tener conocimientos de los cuidados y procedimientos a realizar de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica realizada.

La enfermera del área para ejecutar sus procedimientos en el paciente post-operado debe realizar su Plan de Trabajo, tomando en consideración el tipo de cirugía que se efectuó y las necesidades prioritarias que presenta el paciente.

A continuación se enumeran las actividades a realizar por el personal de enfermería y el razonamiento del por qué de éstas, de acuerdo a las necesidades presentadas²⁶.

Problema interdependiente.

1. Prevenir el tromboembolismo.

Actividad.
Instruir y enseñar al paciente para que realice los ejercicios de piernas cada hora mientras esté despierto, (dorsiflexión plantar, rotación del tobillo, flexión y extensión de las rodillas y contracciones activas cuádriceps).

Razonamiento
Los ejercicios promueven el flujo venoso en éstas. Las contracciones musculares comprimen las venas y ayudan a prevenir la éxtasis venosa, mejorando el entorno venoso.

2. Actividad.

Actividad.
Valorar dos veces al día la presencia de signos y síntomas de fenómenos tromboembólicos o tromboflebíticos encontrando inflamación, aumento de la temperatura a lo largo de una vena, buscando signo de Homans, que se realiza al oprimir los músculos gemelos, siendo positivo al despertar dolor intenso.
Actividad.
Tromboembolismo pulmonar. Se presenta como dolor torácico agudo, pungitivo, que empeora con la respiración profunda y tos, con presencia de hemoptisis, roce pleural y taquicardia al igual que taquipnea.
Embolia grasa. Se presenta con disnea importante, angustia y formación de petequias. Si se presenta cualquiera de estos signos y síntomas avisar inmediatamente al médico.

Razonamiento
La observación sistemática ayuda a la pronta detección de los fenómenos tromboembólicos. La inflamación de la pared de los vasos y la formación de coágulos producen signos y síntomas de tromboflebitis.
El tromboembolismo pulmonar, se produce un coágulo se desprende de un vaso y se aloja en los pulmones.
Razonamiento
La embolia grasa es un riesgo potencial posterior a una fractura o en cirugía de huesos largos (osteosíntesis de fémur), o en huesos planos (cirugías con esternotomía). Se debe al escape de partículas de grasa, médula ósea hacia el torrente circulatorio, el tratamiento temprano reduce el riesgo de extensión de infarto pulmonar o paro respiratorio.

3. Actividad.

Actividad.
Fomentar la deambulación post-operatoria temprana.

Razonamiento
La deambulación temprana mejora el flujo sanguíneo y retorno venoso de extremidades inferiores.

4. Actividad.

Actividad.

Razonamiento

²⁶ HENDERSON, Virginia. "Teoría de las 14 necesidades aplicadas al paciente hospitalizado". Apuntes mimeografiados utilizados en el Programa de educación permanente para profesores de enfermería, León, Gto., México, 1988. Pág. 48

Evitar colocar almohadas debajo de las rodillas del paciente.

La presión sobre los vasos poplíteos puede disminuir la circulación sanguínea, inclusive hasta provocar oclusión. Una posición adecuada ayuda a disminuir la éxtasis venosa.

5. Actividad.

Actividad.

Aplicar vendaje de miembros inferiores, ya que con ayuda al retorno venoso, evitando la formación de trombos, siguiendo indicación médica, quitando el vendaje dos veces al día durante una hora.

Razonamiento

El adecuado aporte de líquidos previene la deshidratación, ya que ésta conduce a un aumento en la viscosidad de la sangre, contribuyendo a la formación de trombos.

6. Actividad.

Actividad.

Aplicar vendaje de miembros inferiores, ya que ayuda al retomo venoso evitando la formación de trombos, siguiendo indicación médica, quitando el vendaje dos veces al día durante una hora.

Razonamiento

Las medidas antiembolismo comprimen las venas de las piernas e impiden la estasis venosa. Estas medidas deben suspenderse periódicamente la valoración de la existencia de tromboflebitis y la inspección de la piel.

7. Actividad.

Actividad.

Antes del alta hospitalaria, enseñar al paciente y a su familia las pautas para reanudar su actividad normal.

Razonamiento

Los pacientes y la familia con frecuencia tienen propuestas específicas o preocupaciones sobre el tipo y progresión de la actividad permitida después del alta. Brindarles información promueve la rehabilitación a un ritmo adecuado, lo que a su vez disminuye las complicaciones relacionadas con la inmovilización y promueve una sensación de bienestar.

Problema interdependiente.

Potencial de shock post-operatorio relacionado con hemorragia o hipovolemia.

Prioridad de enfermería:

1. Detectar el shock.

Actividad.
Controlar y documentar los signos vitales en el momento del ingreso en la Unidad de Recuperación cada hora, durante 4 horas. si los control se varían significativamente en esta sala, controlarlos cada 5 a 15 minutos hasta que se estabilicen e informar inmediatamente.

Razonamiento
La hipotensión y taquicardia pueden indicar hemorragia.

2. Actividad.

Actividad.
Valorar el apósito quirúrgico en el momento del ingreso a la Unidad de Recuperación, cada hora durante 4 horas, y posteriormente cada 4 horas. observar cualquier drenaje que se detecte en el apósito y anotar en el registro fecha y hora en que ocurrió, registrar e informar de cualquier drenaje excesivo.

Razonamiento
La hemorragia generalmente ocurre en las primeras horas del post-operatorio, la valoración frecuente permite una pronta detección de la misma. Observar la extensión de la mancha del drenaje permiten mediciones seriadas objetivas de la cantidad.

3. Actividad.

Actividad.
Valorar la cantidad y tipo de drenaje de la herida quirúrgica, observando gasas o apósitos, informar inmediatamente si lo que

Razonamiento
Cambiar el apósito quirúrgico puede alterar los bordes de la herida y desencadenar la hemorragia.

drena es sangre roja brillante.

4. Actividad.

Actividad.
Reforzar el apósito quirúrgico según necesidades. No cambiar el apósito quirúrgico original, a menos de que haya instrucciones específicas al respecto, o sangrado excesivo.

5. Actividad.

Actividad.
Valorar la zona quirúrgica para detectar aumento de volumen o hematoma. Registrar e informar de cualquier anomalía alrededor de la herida quirúrgica.

6. Actividad.

Actividad.
Controlar los cambios en el estado mental. Estar atento ante la agitación y sensación de desgaste inminente, anotar e informar de tales signos.

7. Actividad.

Actividad.
Valorar y mantener la permeabilidad de la vía intravenosa.

8. Actividad.

Razonamiento
Cambiar el apósito quirúrgico puede alterar los bordes de la herida y desencadenar la hemorragia.

Razonamiento
El aumento de volumen en la herida quirúrgica puede indicar hemorragia interna.

Razonamiento
Los cambios del estado mental pueden reflejar hipoxia cerebral, indicador de disminución en la perfusión cerebral por hemorragia, hipovolemia o efectos residuales de la anestesia.

Razonamiento
Una vía intravenosa permeable es esencial para la reposición de líquidos. Los líquidos se administran en cantidad y calidad prescrita por el cirujano. De hecho, la reposición de líquidos es una medida primordial para el tratamiento del shock hipovolémico.

Actividad.
Controlar la diuresis cada hora durante 4 hrs., luego cada 4 hrs., durante el periodo post-operatorio inmediato. Informar si la diuresis es de 60 ml/hora. En este caso, medir la densidad de la orina. Administrar líquidos intravenosos y diuréticos según prescripción para mantener la diuresis a 60 ml/hora y la densidad ente 1,010 y 1,025.

Razonamiento
La diuresis disminuye si el paciente está hipovolémico. Los riñones tienen mecanismos compensatorios para mantener la presión intravascular adecuada, disminución de la filtración urinaria, la densidad de la orina revelará una orina concentrada como intento corporal para conservar líquidos. Además, la perfusión renal se reduce si el paciente está en shock, por lo tanto, disminuye la tasa de filtrado glomerular para prevenir la necrosis tubular aguda.

9. Actividad.

Actividad.
Controlar los niveles de hematocrito y hemoglobina según indicaciones.

Razonamiento
Los niveles de hematocrito y hemoglobina no caen inmediatamente con la excesiva pérdida de sangre, ya que junto con los hematíes también se pierde plasma. Si la hemorragia persiste, el hematocrito y los niveles de hemoglobina descienden, ya que la sangre que permanece en los vasos se diluye al conservar los riñones el agua y porque el líquido camia del espacio intersticial al intravascular.

Problema interdependiente.

Potencial de lesión post-operatoria relacionada con posibles cambios en el estado mental debidos a analgesia y anestesia.

1. Prevenir las lesiones.

Actividad.
Valorar el nivel de conciencia del paciente, orientación y capacidad de obedecer las indicaciones cada 30 a 50

Razonamiento
Hay mayor riesgo de lesiones si el paciente está somnoliento o desorientado, la observación frecuente permite la detección de

minutos en la primeras 4 horas del post-operatorio.

2. Actividad.

Actividad.

Poner al paciente en decúbito lateral mientras esté somnoliento.

3. Actividad.

Actividad.

Mantener las barandillas de la cama levantadas en el período post-operatorio inicial, hasta que el paciente esté despierto y alerta.

4. Actividad.

Actividad.

Dejar el timbre de llamadas al alcance del paciente.

5. Actividad.

Actividad.

Dejar la cama en su posición más baja.

6. Actividad.

Actividad.

Controlar los signos vitales postulares y ayudar a la paciente en la actividad post-operatoria inicial. Observar las cifras y el incremento o disminución de la frecuencia del pulso de 20 a 30 lat/min, así como descenso de la presión sistólica de 20 a 30 mm/hg de la toma basal normal, vigilar vértigos, depresión del estado

los factores de riesgo de lesión si es que existen.

Razonamiento

En la posición de decúbito lateral el paciente tiene menos riesgo de aspirar secreciones ó vómitos.

Razonamiento

Las barandillas previenen caídas.

Razonamiento

Si tiene el timbre de llamado a su alcance, es más probable que el paciente solicite la ayuda de la enfermera.

Razonamiento

La posición más baja de la cama es más segura para la paciente.

Razonamiento

Cuando deambula por primera vez, el paciente puede sentir vértigo o tener una marcha inestable por hipotensión ortostática. Esto se debe a que la inmovilidad compromete la capacidad de los vasos periféricos para contraerse cuando el paciente asume la posición erguida. También puede producir hipotensión, ortostática si el paciente está hipovolémico,

de conciencia, diaforesis, cianosis, etc.

produciendo los signos más alarmantes aquí enumerados y requiriendo evaluación médica, reposición de líquidos intravenosos y medicamentos.

Problema interdependiente.

Deterioro post-operatorio de la integridad cutánea relacionada con la intervención quirúrgica.

1. Promover la curación de la herida.

Actividad.
Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno para detectar: Prueba de cicatrización normal como aproximación de los bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o mal oliente. Signos de dehiscencia. Separación de los bordes de la herida y drenaje seroso de la misma que previamente no drenaba (si apareciera una dehiscencia, cubrir la herida con un apósito estéril seco y notificarlo inmediatamente al médico). Signos de evisceración. Como falla del cierre de la herida quirúrgica con protusión visceral (si apareciera una evisceración, cubrir el órgano eviscerado con una compresa estéril empapada con suero fisiológico y notificárselo inmediatamente al médico).

Razonamiento
La valoración regular promueve la detección temprana de cicatrización deficiente. La herida que está cicatrizando bien muestra los bordes bien aproximados, y sin indicio de infección (la herida quirúrgica puede estar enrojecida los tres primeros días del post-operatorio, como respuesta inflamatoria normal). La dehiscencia de la herida ocurre más comúnmente de 3-11 días después de la operación. La aplicación de un apósito estéril y limpieza diaria de la herida reduce el riesgo de infección. El órgano eviscerado debe mantenerse húmedo y la intervención quirúrgica debe ser rápida porque el aporte sanguíneo a los tejidos se ve comprometido cuando el órgano hace protusión.

2. Actividad.

Actividad.

Razonamiento

Controlar la temperatura cada 4 horas, anotar e informar de los aumentos de ésta.

La febrícula en los tres primeros días del post-operatorio está asociada a la respuesta inflamatoria normal. La fiebre persiste más tiempo y puede significar infección.

3. Actividad.

Actividad.

Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la curación de la herida según prescripción médica.

Razonamiento

Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección, la humedad facilita el desarrollo de infección.

4. Actividad.

Actividad.

Usar una técnica aséptica estricta al realizar la curación de la herida. Instruir al paciente y a su familia en la técnica del lavado de manos, técnica aséptica y cuidado de la herida incluyendo el cambio de apósito y aplicación de otro nuevo procedimiento de limpieza e irrigaciones, forma adecuada de desechar los apósitos usados y el baño en la ducha (no en bañera hasta la completa cicatrización de la herida).

Razonamiento

La técnica aséptica previene la contaminación cruzada y la transmisión de infecciones bacterianas a la herida quirúrgica.

5. Actividad.

Actividad.

Enseñar al paciente y familiar a observar los signos y síntomas de infección, elevación de la temperatura, dolor abdominal y drenaje de la herida de material purulento o maloliente.

Razonamiento

Tener informado al paciente y a su familia ayuda a su pronta recuperación para el alta domiciliaria.

6. Actividad.

Actividad.

Fomentar el adecuado aporte nutricional en cada turno.

Razonamiento

El aporte suficiente de proteínas, calorías, vitaminas y minerales es

Registrar el aporte de cada turno.

esencial para promover reparación dietética.

Problema Interdependiente.

Potencial de retención urinaria post-operatoria relacionada con la respuesta neuroendocrina al estrés, anestesia y posición de decúbito.

1. Prevenir la retención urinaria

Actividad.
Valorar los signos de retención urinaria. Incluye quejas subjetivas de urgencias, así como signos objetivos, tales como: distensión vesical, micción por rebosamiento y discrepancia marcada en el aporte de líquidos, la hora y cantidad de la última micción.
Actividad.

Razonamiento
La vejiga puede palparse por encima del nivel de la sínfisis del pubis. La incontinencia por rebosamiento ocurre cuando la presión intravesical supera la capacidad de constricción del esfínter y se eliminan suficiente orina para disminuir la presión intravesical hasta un nivel en que el esfínter puede controlar el flujo de orina.
Razonamiento
Un balance negativo entre aportes y pérdidas de varios cientos de mililitros, en el transcurso de varias horas desde la última micción, implica retención urinaria.

2. Actividad.

Actividad.
Iniciar intervenciones para poner la micción tan pronto como el paciente empiece a sentir presión vesical.

Razonamiento
El rápido tratamiento de los potenciales problemas de eliminación vesical puede reducir la ansiedad que puede deteriorar aún más la capacidad de eliminar.

3. Actividad.

Actividad.
Brindar medias oportunas para estimular la micción, tales como la posición para la micción,

Razonamiento
Estas medidas están diseñadas para promover la relajación del esfínter urinario y facilitar la

relajación, así como verter agua caliente sobre el perineo y proporcionar intimidad.

micción. El éxito de las medidas no invasivas previene la cateterización y la tensión psicológica y el tratamiento uretral asociados.

4. Actividad.

Actividad.
Proporcionar una atmósfera de apoyo no amenazante; usar la sugestión conciente positiva; tranquilizar al paciente diciéndole que en general la micción se produce finalmente, no amenazarle y sobre todo darle confianza.

Razonamiento
La sugestión positiva consciente y la confianza promueve la relajación y establece expectativas de éxito con la micción.

5. Actividad.

Actividad.
Si la paciente se queja de molestias vesicales o no ha orinado en las 8 horas siguientes a la operación, reportarlo inmediatamente al Gineco, para tomar las medidas pertinentes.

Razonamiento
La cateterización intermitente posee menos riesgo de infección que la permanente; aunque esta última es necesaria en este tipo de cirugía.

6. Actividad.

Actividad.
Si la paciente requiere una sonda vesical, drenar la vejiga en cantidades menores de 1000 ml cada vez. Si la diuresis alcanzara esta cifra, pinzar la sonda, esperar una hora y luego drenar el resto de orina en la vejiga.

Razonamiento
Drenar más de 1000 ml de la vejiga libera la presión sobre los vasos pélvicos. La súbita liberación de ésta permite el subsiguiente estancamiento de sangre en estos vasos. La súbita desaparición de esta sangre del volumen central de sangre circulante puede provocar un shock

7. Actividad.

Actividad.
Tras el sondeo vesical, valorar la existencia de disuria, piuria, hematuria, sensación de

Razonamiento
La retención urinaria (éxtasis) y la introducción de un catéter uretral aumenta el riesgo de infección del

quemazón, frecuencia y urgencia de micción, así como molestias suprapúbicas. Valorar la cantidad, aspecto, olor y transparencia de la orina. Informar de cualquier signo de infección urinaria.

tracto urinario inferior

Problema interdependiente.

Potencial de retención urinaria post-operatoria relacionada con la respuesta neuroendocrina al estrés, anestesia y posición de decúbito.

1. Prevenir las atelectasias.

Actividad.
Valorar los signos vitales cada hora durante 4 horas, fijarse en las características de la respiración. Controlar la cantidad y características del esputo. Documentar o informar de las anomalías.

Razonamiento
La elevación de la temperatura puede indicar atelectasias que pueden conducir a una neumonía. Las respiraciones pueden ser superficiales después de la anestesia.

2. Actividad.

Actividad.
Auscultar los sonidos respiratorios cada 2 horas el primer día del postoperatorio; luego una vez en cada turno. Anotar e informar de las anomalías.

Razonamiento
Los ruidos respiratorios pueden estar disminuidos después de la cirugía porque el intercambio gaseoso está disminuido en las áreas atelectásicas.

3. Actividad.

Actividad.
Instruir y entrenar al paciente sobre la respiración diafragmática.

Razonamiento
La respiración diafragmática aumenta la expansión pulmonar permitiendo que el diafragma descienda totalmente.

4. Actividad.

Actividad.

Razonamiento

Ayudar al paciente a usar el espirómetro incentivo, las respiraciones cada hora mientras esté despierto cada 2 horas y durante la noche. En las primeras 24 horas permanecer con el paciente durante su uso; luego el paciente la realizará en forma independiente y podrá valorar su efectividad.

El uso del espirómetro incentivo promueve la inspiración máxima sostenida, que insufla los alvéolos tanto como es posible.

5. Actividad.

Actividad.
Cambiar de posición al paciente así como puño percusión cada 2 horas a menos que esté contraindicado.

Razonamiento
Los cambios de posición y la percusión proporcionan mejor ventilación de los lóbulos pulmonares y promueven el drenaje de secreciones.

6. Actividad.

Actividad.
Ayudar al paciente a reanudar progresivamente su deambulación.

Razonamiento
La deambulación promueve la ventilación adecuadamente, estimulando una adecuada frecuencia respiratoria.

7. Actividad.

Actividad.
Fomentar el adecuado aporte de líquidos.

Razonamiento
Las secreciones respiratorias serán más líquidas y por tanto se eliminarán más fácilmente si el paciente está bien hidratado.

Problema interdependiente.

Potencial de íleo paralítico post-operatorio, dolor abdominal o estreñimiento relacionado con la inmovilidad, analgesia y anestesia.

1. Detectar el íleo paralítico y prevenir el estreñimiento.

Actividad.
Valorar el abdomen dos veces al día para detectar los ruidos intestinales y la presencia de distensión. Valorar la presencia de gases o heces. Preguntar al paciente sobre la sensación de plenitud abdominal

Razonamiento
Los ruidos intestinales serán hipoactivos inicialmente, pero deberán normalizarse a los dos días del post-operatorio. La presencia de gases o heces señala el retorno del peristaltismo. La distensión abdominal y ausencia de sonidos intestinales, gases y heces puede indicar un íleo paralítico.

2. Actividad.

Actividad.
Si aparece un íleo paralítico, aplicar medidas según indicaciones, como dar instrucciones al paciente para que no coma ni beba nada, conectar la sonda nasogástrica a una succión suave intermitente, usar una sonda rectal para ayudar a expulsar los gases y administrar los líquidos intravenosos.

Razonamiento
Estas medidas ayudan a prevenir la distensión abdominal, mientras promueve el retorno del peristaltismo. La administración de líquidos intravenoso mantiene el equilibrio de líquidos y electrolitos mientras el paciente estén dieta absoluta.

3. Actividad.

Actividad.
Implantar medidas de bienestar si hay un íleo paralítico: proporcionar frecuentes cuidados bucales, fijar con cinta adhesiva y colocar cuidadosamente la sonda nasogástrica y administrar analgésicos según necesidades.

Razonamiento
Mantener cómodo al paciente es esencial para prevenir un aumento de la ansiedad.

4. Actividad.

Actividad.
Proporcionar una dieta adecuada a la actividad peristáltica. Cerciorarse de que

Razonamiento
Si no ha reanudado el peristaltismo, alimentar al paciente provocará distensión.

se ha reanudado el peristaltismo antes de pasar a la dieta absoluta, a la administración libre de líquidos y sonidos.



5. Actividad.

Actividad.
Fomentar una ingesta de líquidos por lo menos dos litros al día a menos que esté contraindicado. Proporcionarle al paciente los líquidos que prefiera.

Razonamiento
Se refiere a un aporte de líquidos suficiente para que las heces tengan una consistencia adecuada para proporcionar al paciente los líquidos de su preferencia.

6. Actividad.

Actividad.
Animar a frecuentes cambios de posición y deambulación según la tolerancia de la paciente.

Razonamiento
La actividad promueve el peristaltismo.

7. Actividad.

Actividad.
Proporcionar a desplazarse hasta el cuarto de año si es necesario, si no proporcionarle el cómodo y enseñar a su familia a darle intimidad.

Razonamiento
Proporcionar intimidad elimina la posible turbación del paciente.

8. Actividad.

Actividad.
Consultar con el médico respecto al uso de laxantes, supositorios o enemas.

Razonamiento
Puede ser necesario un laxante, supositorio o enema para favorecer la evacuación intestinal. Estas ayudas deben usarse con precaución para evitar dependencia intestinal o una posible lesión de los tejidos en vías de circulación.

Problema interdependiente.

Alteración del bienestar, náuseas o vómito relacionados con la distensión gastrointestinal, los cambios rápidos de posición y/o la estimulación cortical del centro del vómito o de la zona desencadenante de los quimiorreceptores.

1. Detectar el íleo paralítico y prevenir el estreñimiento.

Actividad.
Prevenir la distensión gastrointestinal. Mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica si la lleva, progresar en la dieta del paciente, sólo según tolerancia.

Razonamiento
La sobredistención del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito.

2. Actividad.

Actividad.
Evitar estímulos usuales, olores y estímulos psíquicos desagradables, así como la ansiedad intensa y el dolor.

Razonamiento
Estos factores causan estimulación cortical en la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares que provocan el vómito.

3. Actividad.

Actividad.
Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

Razonamiento
Los cambios rápidos de posición también estimulan la zona desencadenante de los receptores.

4. Actividad.

Actividad.
Tan pronto como sea posible eliminar los narcóticos y pasen a otro tipo de analgésicos (según prescripción) y posteriormente a medidas no farmacológicas para el control del dolor), pueden estimular la zona desencadenante de los

Razonamiento

quimiorreceptores y provocar vómito.

5. Actividad.

Actividad.
Administrar antiesméticos, según indicaciones.

Razonamiento
Cuando las medidas descritas resultan ineficaces, se debe administrar medicamentos que actúen a nivel central para así eliminar las náuseas y vómitos.

3.3.GENERALIDADES DE COMPLICACIONES MÁS COMUNES EN PACIENTES POST-OPERADOS.

Los cuidados de enfermería para los pacientes post-operados dependen del estado y de éste la mayor parte de los pacientes se recupera de la cirugía sin problemas, las complicaciones o problemas post-operatorios son relativamente raros, por el personal de enfermería debe tener siempre en cuenta esta posibilidad y los signos clínicos que los indiquen, muchas de las medidas de enfermería post-operatorios tienen como objetivo la prevención de complicaciones tales como:

Complicaciones pulmonares.

Atelectasia.

Suele producirse como resultado de la acumulación de moco en los bronquios; los signos clínicos comprenden: disnea importante, cianosis, dolor pleural, postración y taquicardia, siendo los cuidados de enfermería similares a los de la (Neumonía). Aunque si se ofrece al paciente ingesta suficiente de líquidos hace que el esputo sea más líquido, si el paciente no puede expulsar las secreciones se emplea la aspiración para retirarlas²⁷.

Embolia pulmonar.

²⁷ Op. Cit BRUNNER, D. S. Pág. 569

Los signos clínicos de la misma son: dolor pectoral repentino, falta de aliento y shock. Como terapia el médico suele iniciar un tratamiento anticoagulante para disolver el émbolo. Las medidas de enfermería da soporte en caso de embolia pulmonar y además del tratamiento médico comprende, administración de oxígeno, al igual que medidas de prevención para facilitar el retorno venoso.

Complicaciones circulatorias.

Son complicaciones graves tales como: Hemorragia, estado de shock, tromboflebitis, así como la formación de trombos y émbolos que deben prevenirse con cuidados de enfermería con calidad y concientizarnos de la importancia que tienen nuestras funciones como parte de un equipo de salud²⁸.

Complicaciones urinarias.

Retención urinaria e infección.

Es un problema bastante frecuente, ya que los anestésicos deprimen el tono de la vejiga, la retención urinaria puede acompañarse de sobrecarga si el paciente elimina pequeñas cantidades orina en forma frecuente, pero reteniendo mayor parte de orina en la vejiga. Si existen datos de retención urinaria, la enfermera debe comunicarlo rápidamente. La infección suele aparecer como consecuencia de la inmovilización y limitación de líquidos, los signos clínicos de infección urinaria incluyen una sensación de quemazón durante la micción urgencia de orinar, orina densa y dolor en el abdomen inferior. La enfermera debe de animar al paciente a ingerir líquidos y comunicar los signos clínicos al cirujano entre las medidas de prevención, de aumento de la ingesta de líquidos y la deambulacion precoz.

Complicaciones gastrointestinales.

El estreñimiento es una falta de fibra en la dieta del paciente, así como una disminución en la motilidad del tracto intestinal, producida por los analgésicos. El

aumento de la ingesta de líquidos, las dietas ricas en fibra y la deambulación precoz ayudan a prevenir estreñimiento y meteorismo.

Hipo.

El hipo (singultos) produce como consecuencia de los espasmos intermitentes del diafragma. Puede deberse a la irritación del nervio frénico por diferentes razones, siendo una de ellas distensión abdominal. Existen muchos tratamientos para el hipo. Un remedio tradicional es mantener la respiración mientras se bebe un vaso de agua. El tratamiento médico incluye inhalaciones de Co₂, inyecciones intravenosas de atropina, etc.; el tratamiento definitivo es eliminar la causa de irritación del nervio frénico²⁹.

Distensión abdominal.

La distensión abdominal puede deberse a la reducción de la motilidad intestinal, la deambulación precoz, puede evitar la distensión y la introducción de un tubo o sonda rectal puede ayudarla.

Nauseas y vómito.

El paciente puede quejarse de sensación de náusea o malestar gástrico. Cuando se produce emesis, se debe valorar el aspecto y la cantidad, las medidas de prevención por parte de enfermería serán que el paciente permanezca postrado y hacerlo respirar profundamente. Así como mantener el ambiente libre de olores desagradables, y administrar analgésicos para prevenir dolor agudo. El médico puede prescribir una gente antiemético (agente que previene náuseas y vómito).

Problemas psicológicos.

²⁸ Ibidem A.M:H.G.O: Pág. 88.

²⁹ Ibidem A.M:H.G.O: Pág. 110.

Algunos pacientes se encuentran deprimidos después de la intervención quirúrgica. El paciente puede enterarse de que el cirujano ha encontrado complicaciones graves, por ejemplo un tumor maligno. Los signos clínicos de depresión se incluyen los trastornos del sueño (sueño excesivo o insomnio), anorexia, llanto, pérdida de la ilusión, retraimiento, rechazo a los demás, etc. La actuación de enfermería abarca un contorno muy complejo, ya que la enfermera permanece más tiempo cerca del paciente y tiene que ganarse la confianza del paciente y hacer que exteriorice sus problemas, reanimándolo y estimulándolo³⁰.

Complicaciones de heridas quirúrgicas.

Los signos clínicos de infección de herida quirúrgica son: exudados purulentos, fiebre, dolor, rubor. La identificación de los gérmenes causantes de la infección se realiza en el laboratorio. La acción de enfermería se enfoca al mantenimiento de limpieza de la herida y evitar la transmisión de la infección ya sea a otro sitio o a otra persona.

Dehiscencia.

El término dehiscencia indica la abertura de la línea de sutura antes de que haya cicatrizado. Se deben observar regularmente las heridas, ya que con esfuerzo o tos, pueden romperse algunos puntos y condicionar a una dehiscencia. En grandes dehiscencias sólo se cura la herida con gasas húmedas y se comunica al médico.

Evisceración.

La evisceración es la salida al exterior de los órganos internos. Es una complicación relativamente rara, pero grave. Una abertura o dehiscencia de herida abdominal constituye una urgencia, la enfermera debe aplicar en caso de evisceración gasas estériles y húmedas y un vendaje abdominal y avisar al médico

³⁰ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 532.

2.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia³².

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de

³² FERNÁNDEZ FERRÍN Carmen Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 42-43.

manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible³³.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados Básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales³⁴

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. A sí, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

³³ Op. Cit. Fernández pág. 1 - 10

³⁴ Ibidem Fernández Ferrín Pág. 12.

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de moverse y Mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje³⁵.

NECESIDAD DE RESPIRAR.

DEFINICIÓN.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

Para satisfacer su necesidad de respirar, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración del aire a través de vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada.

RESPIRACIÓN.

³⁵ Ibidem Pág. 24.

Es el conjunto de mecanismos a través de los cuales el organismo utiliza el oxígeno y se deshace de su gas carbónico. El proceso fundamental de esta función es la oxidación, a través del oxígeno, de sustancias de la célula ricas en energía (substratos tales como glucosa y ácidos) que resulta de la producción y acumulación de grandes cantidades de energía. La combustión completa de un substrato se traduce por la disminución de producción de agua y gas carbónico.

La inhalación del aire se hace durante la inspiración y la exhalación durante la espiración. La circulación del aire se efectúa gracias a la permeabilidad de las vías respiratorias (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y alvéolos) y a los movimientos de los músculos de la caja torácica y el diafragma, los cuales crean una presión negativa en el árbol respiratorio.

El proceso fundamental de la respiración puede dividirse en tres partes: la ventilación, pulmonar, la difusión de los gases y el transporte del oxígeno y el gas carbónico.

La ventilación pulmonar es un proceso que permite el paso de oxígeno a los pulmones y el retorno de los gases carbónicos al aire atmosférico. Varios factores son esenciales para la buena ventilación:

- La madurez del centro y el sistema respiratorio.
- La proporción de oxígeno en el aire ambiental.
- La permeabilidad de las vías respiratorias.
- El funcionamiento adecuado de los mecanismos reguladores de la respiración-

La difusión de los gases es un proceso que permite el intercambio entre los alvéolos y los capilares. Varios factores influyen la difusión de los gases:

- La diferencia de presión de cada lado de la membrana.
- El coeficiente de la difusión de los gases.
- El grosor de la membrana alveolar.
- La extensión de la superficie de la membrana alveolar.

El oxígeno debe ser transportado desde los pulmones a los tejidos y el gas carbónico debe retornar de los tejidos a los pulmones. Los siguientes factores influyen en el transporte del oxígeno a los tejidos:

- El número de eritrocitos, es decir la cantidad de hemoglobina y su afinidad por el oxígeno.
- La permeabilidad de la red arterial periférica.
- El gasto cardíaco.

La respiración, juega un papel muy importante en el funcionamiento del organismo. La respiración normal (eupnea) es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo. Para dilucidar un poco mejor el funcionamiento de la respiración normal estudiaremos el ritmo, la frecuencia, y la amplitud de la respiración, los ruidos respiratorios, el color de los tegumentos, la tos y las mucosidades.

NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

DEFINICIÓN.

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en buena cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía suficiente.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

Para mantenerse sano, el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan los nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y la naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. Se han establecido normas alimentarias internacionales con el fin de guiar a los individuos para poder escoger sus alimentos y procurarse una alimentación equilibrada para satisfacer sus necesidades nutritivas. Cuatro grupos de alimentos básicos pertenecen a esta guía: leche y productos lácteos, pan

celulósicas de las legumbres, células intestinales y pigmentos biliares. Las sustancias útiles al organismo como el sodio y agua, son absorbidas por osmosis, solo quedan los residuos que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminadas al exterior.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

DEFINICIÓN.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

La movilidad o una postura dinámica, dependen de la coordinación de los músculos y de los nervios, los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos.

Estos deben contraerse para producir un movimiento. Los nervios conducen los impulsos del sistema nervioso central. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente la permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad matriz es además un medio de eliminar sus emociones (gestos, expresiones faciales), particularmente en el niño.

El adulto en general ha aprendido a controlar sus emociones y a menudo los elimina por el movimiento o los ejercicios físicos que tienen un efecto benéfico para su organismo particularmente acelerando la circulación lo que favorece la oxigenación celular.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

DEFINICIÓN.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Dormir y descansar es una necesidad para todo el ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

Una parte importante en la vida de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo. En los primeros meses de su vida el niño duerme la mayor parte del tiempo, los periodos de sueño disminuyen a lo largo de su crecimiento y desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte en el adulto.

El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del organismo. Durante el sueño, las actividades fisiológicas decrecen, hay, pues disminución del metabolismo basal, el tono muscular de la respiración, del pulso y de la presión arterial. Además, hay aumento de la secreción de hormonas de crecimiento sobre todo en la pubertad. El sueño libera al organismo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas. Los periodos de reposo, que tienen caso los mismos efectos benéficos que el sueño, son también muy importantes para todos los individuos.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

DEFINICIÓN.

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento. En ciertas sociedades el individuo viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir debe llevar ropas para protegerse de rigor del clima. Así, por el cuidado de la salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad.

La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual. Las costumbres varían de una cultura a otra, y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido.

El vestido preocupa cada vez más, puesto que forma parte importante de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la comunicación.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.

DEFINICIÓN.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos en constante oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 y 38 °C para mantenerse en buen estado.

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. El calor y el frío captados o percibidos por receptores cutáneos, transmiten los impulsos al hipotálamo, que actúa regularizando la temperatura corporal cuando ésta se eleva, los centros anteriores del hipotálamo inhiben la producción de calor y aumentan la pérdida de calor provocando una vasodilatación muscular, una estimulación de la glándulas (sudoración) y aumento de la respiración. Cuando la temperatura corporal desciende, los centros posteriores del hipotálamo aumentan la producción de calor y conservan el calor del cuerpo provocando una

vasoconstricción de los vasos cutáneos y, contracciones musculares (escalofríos) y una inhibición de las glándulas sudoríparas.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

DEFINICIÓN.

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos (sudor, etc.), refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor.

Para cumplir estas funciones, la piel debe estar limpia, aseada y cuidada. La piel se protege a través de las mucosas que protegen los orificios (la nariz, ojos, orejas, vagina y recto) que deben estar aseados y cuidados para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de los órganos. La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes. Además, el organismo posee faneras (pelos, cabellos, uñas, dientes) que, estando limpios y cuidados, participan en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DEFINICIÓN.

Evitar peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

Los individuos, a lo largo de su vida, están amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios naturales como la piel, los pelos (a nivel de orificios) y las secreciones que impiden la penetración de agentes externos en el organismo. Sin embargo el ser humano, para protegerse mejor, añade a sus medios naturales defensas, medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social. El ser humano se ve amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y también de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad, utiliza mecanismos de defensa.

NECESIDAD DE COMUNICAR.

DEFINICIÓN.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

INDEPENDENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. En efecto, para su desarrollo físico como psicológico, al inicio de la vida y más tarde a los intercambios con sus semejantes que pueden asegurar la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La familia, el entorno y el conjunto de la misma sociedad concurren, por medio de la comunicación, a hacer del niño un ser humano en toda plenitud. Los cuidados de los primeros meses de vida, educación y más tarde todas las interacciones sociales se apoyan en esta capacidad de

intercambio y de comprensión mutua entre las personas. La realización de la comunicación se basa, en un conjunto de condiciones bio - psicosociales sin las cuales no sería posible su existencia. La persona capaz de comunicarse con sus semejantes es físicamente apta para recibir estímulos intelectuales, afectivos y sociales que se desprenden de su entorno.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

DEFINICIÓN.

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SU VALORES.

El ser humano aislado no existe, Está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o el ser supremo. Los seres humanos interactúan continuamente con los demás, aportando en esta relación su experiencia de vida, sus creencias y sus valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y el desarrollo de la personalidad.

NECESIDAD OCUPARSE PARA REALIZARSE.

DEFINICIÓN.

Ocuparse para realizar es un necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

El ser humano siente el deseo de llevar a cabo cosas útiles que responden a un ideal en el que cree, lo que implica de parte del individuo al escoger la carrera, o bien escoger pertenecer a ciertos grupos filantrópicos para llevar a cabo obras que le permitan realizarse. Para hacer esto, el individuo debe aprender a conocerse, a conocer a los demás y a controlar el entorno. La satisfacción de esta necesidad implica la autonomía del individuo, la toma de decisión consciente e inmediata y la aceptación de las consecuencias de las decisiones. Esta necesidad puede estar relacionada a los roles sociales vividos y dominados por el individuo. Además, éste tiene la impresión de no realizarse plenamente cuando siente la desaprobación de los demás frente a sus acciones, puesto que tiene la necesidad de seguridad, de consideración y de amor. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior de ellos mismos una gratificación que les permite controlar eficazmente el entorno.

NECESIDAD DE RECREARSE.

DEFINICIÓN.

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD.

Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. El ser humano ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. En nuestros días, el avance de la ciencia y de la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión y de ocio que son accesibles a muchos. El individuo puede entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus

aspiraciones. Por el contrario, ciertos individuos experimentan una gran satisfacción al trabajar y olvidan recrearse.

NECESIDAD DE APRENDER.

DEFINICIÓN.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas necesarias para mantenerse en salud. El autoconocimiento, es pues, esencial para el individuo con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantenerse en salud. Después de este análisis, el individuo experimenta la necesidad de aprender los medios más eficaces para conseguirlo. Cuando ha adquirido los conocimientos, las actitudes y las habilidades para mantener se salud, el individuo experimenta un sentimiento de seguridad, siendo así capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas viene determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes³⁶.

LA SALUD. INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

³⁶ RIOPELLE Lise, inf. M:N; Louise Grondenm enf. M.ed.; Margot Phaneuf "Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona", M.A. Editorial. McGraw-Hill Interamericana. Pág. 73.

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

Falta de fuerza.

Falta de conocimiento.

Falta de voluntad.

INDEPENDENCIA.

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA.

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible³⁷.

³⁷ **FERNÁNDEZ FERRÍN** Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 42-43.

2.5. RESUMEN DE LA PATOLOGÍA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL (MIOMATOSIS UTERINA).

CONCEPTO.

La histerectomía obstétrica es aquella que se realiza en cualquier período del estado grávido puerperal, en la obstetricia moderna se presenta con cierta frecuencia la necesidad de extirpar un útero porque está enfermo y amenace la vida de la paciente al no ser extirpado y no exista otra manera de resolver el problema³⁸.

GENERALIDADES.

En nuestro medio existe la tendencia de hacer cirugía conservadora, sin embargo las indicaciones son cada vez mayores debido a la disminución cada vez mayores y a la disminución del riesgo anestésico-quirúrgico.

La histerectomía obstétrica se puede dividir en 2 grandes grupos de acuerdo a la época del estado grávido puerperal, ya que el manejo y pronóstico varía notablemente a la época en que se presenta el problema o sea, la histerectomía:

- ❖ En la primera mitad del embarazo.
- ❖ En la segunda mitad del embarazo.
- ❖ En el trabajo de parto.
- ❖ En el puerperio: inmediato tardío³⁹.

³⁸ **MONDRAGÓN Castro, Héctor.** "Obstetricia Básica Ilustrada". 4ª. ed. Editorial Trillas. México, DF, 1995. (© 1982); p.p. 82.

A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S. "Ginecología y Obstetricia". 3ª. edición. Ed. Méndez Editores México, D.F. (© 1997) p.p. 102.

³⁹ **A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S.** "Ginecología y Obstetricia". 3ª. edición. Ed. Méndez Editores México, D.F. (© 1997) p.p. 102.

INDICACIONES.

- ❖ Absolutas.
- ❖ Relativas.
- ❖ Electivas.

Para indicar una operación de histerectomía es primordial valorar en primer término la vida de la paciente, la edad es importante a considerar, la paridad o número de gestiones es igualmente importante de considerar, ya que no es lo mismo decidir una histerectomía en pacientes sin hijos que en aquella que no ha tenido varios.

En un cuadro en el que la vida de la paciente está de por medio se antepone desde luego, su vida a cualquier otro factor a considerar. Habría casos en los que se pueda contemporizar siempre que la vida no esté en peligro, considerando los factores anteriores de todo lo anterior tenemos que las indicaciones de Histerectomía se pueden resumir en 2 grandes grupos⁴⁰:

- I. Infección.
- II. Sangrado.

- ❖ En la primera mitad del embarazo.
- ❖ En la segunda mitad del embarazo.
- ❖ En el trabajo de parto.
- ❖ En el puerperio.

PUERPERIO.

En el puerperio inmediato la situación que más frecuentemente indica que se presente una histerectomía es el sangrado, propiciado originalmente por:

Desgarros de aumento en la aplicación de fórceps que resultan difíciles de reparar. La atonía uterina frecuentemente se puede corregir mediante la aplicación de oxitócicos, teniendo la seguridad de una cavidad limpia e íntegra, sin embarazo en las varias ocasiones a pesar de todas las medidas resulta indispensable extirpar el órgano dañado.

TIPOS DE INTERVENCIÓN.

Se puede practicar:

- Histerectomía total con anexos.
- Histerectomía total sin anexos.
- Histerectomía total con anexos.
- Histerectomía subtotal.
- Histerectomía en bloque.
- Cesárea histerectomía⁴¹.

La histerectomía total con o sin anexos según el caso es la indicada siempre y cuando se llenen estrictamente los siguientes requisitos:

- Cirujano hábil y experimentado.
- Medio hospitalario en el que se cuente con todo lo necesario.
- Que las condiciones de la paciente permitan prolongar el acto quirúrgico.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones son frecuentes en la histerectomía practicada en el estado grávido puerperal, por ser generalmente una operación de emergencia con paciente en malas condiciones. Las principales complicaciones son⁴²:

⁴⁰ Op. Cit. Pág. 218.

⁴¹ PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering. "Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstetrico". 7ª. ed.

Editorial. El Manual Moderno, S. A. de C. V.

México, D. F. 1997© 1976. pág. 653.

INFECCIOSAS.

- ❖ Dehiscencia de pared abdominal.
- ❖ Abscesos residuales (pélvicos, cúpula, vaginal, subfrénicos).
- ❖ Pelviperitonitis.
- ❖ Peritonitis.
- ❖ Shock bacterémico.
- ❖ Pielonefritis.
- ❖ Hepatitis tóxico-infecciosa.

HEMORRÁGICAS.

- ❖ ~~Hemoperitoneo por sangrado de pedículos y sangrado de cúpula vaginal.~~

APARATO URINARIO.

- ❖ Lesión vesical.
- ❖ Fístulas.
- ❖ Lesión de ureteros.
- ❖ Insuficiencia renal aguda.

APARATO URINARIO.

- ❖ Lesión vesical.
- ❖ Fístulas.
- ❖ Lesión de ureteros.
- ❖ Insuficiencia renal aguda.

APARATO DIGESTIVO.

- ❖ Íleo paralítico.

⁴² Op. Cit. pág. 987.

- ❖ Obstrucción intestinal por adherencias.
- ❖ Úlceras de estrés.

OTRAS.

- ❖ Desequilibrio hidro-electrolítico⁴³.

MORTALIDAD.

A pesar de ser una intervención difícil por las condiciones ya expuestas, en manos experimentadas y en buen medio hospitalario, la mortalidad global es de 7.5%, cifra que es baja, si se considera el tipo de paciente y las condiciones en que son intervenidas. Naturalmente que para los casos de infección principalmente los abortos sépticos, la mortalidad será mayor.

MIOMATOSIS UTERINA.

CONCEPTO Y SINONIMIA

El término Mioma es comúnmente aplicado a un tumor benigno que se origina en el tejido muscular fibroleiomioma (miomatosis uterina) es la palabra más exacta, puesto que implica un tumor benigno de punto de partida muscular con participación de tejido fibroso, también se le ha conocido como fibroide, fibroma, escleroma, mioma, lisa, fibromioma, fibromiomatosis, fibromatosis, o fibroleiomatosis⁴⁴.

FRECUENCIA.

La miomatosis es el tumor más común del útero humano y el tracto genital femenino, se calcula que del 10 al 20% de las mujeres que pasa de 35 años presentan este tumor y que pasan de 35 años presentan este tumor y que una tercera parte de las operaciones ginecológicas es por fibromiomatosis. La edad

⁴³ Ibidem PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering pág. 975

⁴⁴ Op. Cit. MONDRAGÓN Castro, Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada". Pág. 879

fluctúa de los 200 a los 70 años, encontrando la mayor frecuencia de los 40 a los 45 años.

DIAGNOSTICO.

La triada clásica consiste en sangrado uterino anormal, tumor genital y leucorrea; sin embargo, en nuestra experiencia hemos visto que si bien este cuadro clínico es frecuente no es el único, habiendo otras muchas expresiones sobre el aparato genital o fuera de éste atinadas por el tumor.

La miomatosis uterina puede y de hecho lo es, asintomática en la tercera parte de los pacientes y diagnosticarse por un hallazgo de exploración⁴⁵.

Los cuadros clínicos por ser multifacéticos se pueden agrupar en la siguiente forma:

1. Alteraciones menstruales y hemorragia uterina anormal.
2. Alteraciones de la concepción.
3. Complicaciones del estado grávido puerperal.
4. Síntomas originados por la compresión de estructuras vecinas.
 - a) Sobre paquetes vasculo-nerviosos.
 - b) Sobre el aparato urinario.
 - c) Sobre el aparato digestivo.
5. Síntomas debidos a complicaciones tumorales intrínsecas:
 - a) Degeneración benigna.
 - b) degeneración maligna
 - c) otros cambios tumorales.

1. Trastornos menstruales y hemorragia uterina anormal.

⁴⁵ Op. Cit. A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S. "Ginecología y Obstetricia" pág. 764

El 58% de las pacientes con miomatosis uterina presentan trastornos menstruales y/o hemorragia uterina anormal; solamente una tercera parte de las pacientes son eumenorréicas y el 8% restante no presenta alteraciones menstruales por ser postmenopáusicas. Ocupa el primer lugar la piomenorrea con el 20%, la hiperpolimenorrea en segundo lugar y la plimenorrea en tercero⁴⁶.

La hemorragia uterina anormal se presenta en el 47% analizando los factores que intervienen en los caracteres menstruales en nuestros pacientes portadoras de fibromiomas uterinos, se puede deducir lo siguiente:

- a) El factor endocrino está alterado en la gran mayoría de los casos, pues solamente el 11.4% de los pacientes presentan estudios histopatológicos del ovario calificado como normal⁴⁷.
- b) El factor endometrial está también alterado puesto que el estrogenismo producido por lesiones ováricas actúan sobre el endometrio y originan hiperplasia del mismo (51% de los casos) endometrio proliferativo puro (15%) o secreto deficiente (20%). Se agrega el componente inflamatorio y además, es importante recordar que la extensión de la superficie endometrial sangrante está aumentada por la distorsión que sufre el endometrio al alejar el núcleo tumoral.
- c) El factor miometrial se torna duro con poca capacidad para regular el flujo sanguíneo de los vasos que lo atraviesan.
- d) El factor del lecho vascular pélvico frecuentemente (53% evidencia varicocele pélvico o lumboovárico.
- e) No debemos olvidar que existen factores extragenitales que al actuar sobre el lecho conjuntivo, vascular en forma indirecta o sobre la

⁴⁶ Ibidem PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering pág. 1025.

⁴⁷ Ibidem . A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S. "Ginecología y Obstetricia" pág. 954.

coagulación sanguínea pueden influir en la cuantía del sangrado uterino⁴⁸.

FIBROMATOSIS UTERINA.

El útero con miomas puede permitir la nidación y progresión del embarazo hasta el término. Este problema se puede resolver mediante la atención de un parto eutócico; y el puerperio en estos casos es de evolución normal; sin embargo, pueden condicionar aborto, parto inmaduro o prematuro, cuando reducen la capacidad de la cavidad uterina o modificar la circulación del útero. Por fortuna es poco frecuente la asociación de fibromas uterinas y embarazo que⁴⁹:

- a) Una fibromatosis uterina múltiple o intramural y submucosa propicia ~~infertilidad al ocurrir abortos repetidos.~~
- b) Las mujeres de edad avanzada que padecen de fibromas uterinas difícilmente se embarazan.

Por su localización los fibromas pueden ser: intramurales, subserosos, submucosas y pediculados. La asociación de miomatosis y embarazo es importante porque el embarazo tiene efecto nocivo sobre los miomas y a su vez éstos repercuten sobre el embarazo. Efecto del embarazo sobre los fibromas, el embarazo repercute sobre los fibromas al:

- a) Favorecer el crecimiento de los mismos por efecto hormonal (estrógeno) durante la gestación.
- b) Favorecer la degeneración de los miomas que pueden ser de 3 clases: Hialina, grasa, sarcomatosa.
- c) Involucionar su tamaño durante el puerperio.

⁴⁸ JONATHAN, L. Benumof. "Clínicas de Anestesiología de Norteamérica". Tr. De W. B. Saunders México, Ed. Interamericana, 1989 (©1989). p.p. 409.

⁴⁹ Ibidem PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering pág. 925.

Efecto de los miomas sobre el embarazo, a su vez, los miomas pueden complicar el embarazo al:

- a) Condicionar infertilidad ya que provoca abortos de repetición (aborto habitual).
- b) Producir distocias ya que actúan como tumores previos a la presentación.
- c) Propiciar la mayor frecuencia de situaciones transversas u oblicuas.
- d) Propiciar la mayor frecuencia de situaciones transversas u oblicuas.
- e) Organizar distocias de contracción durante el trabajo de parto y/o atonía uterina en el puerperio inmediato.
- f) Favorecer la ruptura prematura de membranas.
- g) Favorecer el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y placenta previa⁵⁰.

TRATAMIENTO.

En caso de asociación de miomas y embarazo la conducta debe ser expediente. Se justifica practicar una miomectomía solo en caso de que ocurra una complicación aguda como degeneración del mioma o torsión del pedículo.

Durante el trabajo de parto se debe vigilar con mayor cuidado la actividad uterina para descartar una distocia de contracción en tanto que durante el puerperio habrá que prevenir atonía uterina mediante el empleo de oxitócicos.

Cuando se realice una cesárea y se aprecien las fibromas uterinas es recomendable no intentar una miomectomía, excepto en los casos de tumores pediculados o de muy fácil extirpación.

Si se trata de miomas submucosas o intramurales múltiples es preferible esperara que pase el puerperio y luego se haga una valoración adecuada para

3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años que ingresa al servicio de urgencias tóco-quirúrgica por presentar las siguientes necesidades: de *Comunicación* asociada al temor, miedo e inquietud; la necesidad de *Evitar los peligros* asociado a las posibles complicaciones de hemorragia, trombosis venosa profunda; la necesidad de *Aprendizaje* asociado al miedo y temor que presenta la paciente; la necesidad de *Hidratación* por la posible hemorragia, infección de herida quirúrgica y retención urinaria por la anestesia; la necesidad de *Oxigenación* provocado por la disnea provocada por los efectos de la anestesia y la postura; la necesidad de *Moverse y mantener una buena postura* asociada por las lesiones de presión por inmovilización de tiempo de cirugía y pos-anestesia; la necesidad de *Nutrición* provocado por la disminución de ingesta de alimentos y la presencia de vómitos y la necesidad de *Eliminación* por disminución de la peristalsis.

3.2.- VALORACIÓN

HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre		Edad.	No. afiliación	
Silvadoray Martínez Lorena		37	12 86 57 0797 2F60	
Sexo	Domicilio		Teléfono	
Femenino.	Benito Juárez o. 4 1ª. Fc. Crespo, Celaya			
Gpo y Rh	Ocupación	Religión	Lugar de residencia.	
O "+"	Hogar.		Celaya, Gto.	
Escolaridad	E. Civil.	Origen	Situación económica	
3º Sec.	Casada	Celaya	Baja	
Servicio	Fecha	Nombre del esposo		
G. O.	10 01 2000	Arturo Sepúlveda Salinas		

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Formada por 9 integrantes, ocupando el 3er lugar dentro de su familia. Refiere ser hija de madre diabética sin tratamiento médico, con antecedentes de esposo alcohólico (+++) y fumador crónico desde hace 15 años, sin llegar a pérdida de la conciencia, los demás datos sin antecedentes de importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Vivienda formada por 3 habitaciones, 2 de ellas las ocupa como habitación y la última como (sala, cocina y comedor) 1 baño y 1 patio, con lo necesario, aunque de condición humilde. Cuenta con drenaje, agua, luz, ventilación e iluminación. ~~La higiene general se considera regular, ya que el baño lo realiza cada tercer día y el cambio de ropa también, refiere que recibió todas sus vacunas y que sólo sufrió enfermedades propias de la infancia. No practica ningún deporte, por no tener tiempo, ya que tiene una familia muy numerosa (5 integrantes más ella). en ocasiones borda manteles para venderlos, y no descansa (sólo por las noches), refiere dormir bien, y considera a su familia un poco desintegrada por el problema de su esposo. Actualmente tiene una actitud deprimida y negativa ante la situación actual. Los demás sin datos de importancia. Niega antecedentes quirúrgicos y transfusiones.~~

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

Menarca a los 13 años, con un ritmo de c/28 días de forma regular, con duración de 3-4 días. Su fecha de la última menstruación fue el 1° de Abril de 1999, fecha probable de parto 8 de Enero del 2000. Vida sexual activa, tiene 4 hijos de las siguientes edades: niños (2 de 11 y 10) niñas (2 de 8 y 2). Gesta 6. Partos 5. Cesáreas 0. Abortos 1.

Refiere que todos los embarazos los cursó normalmente sin ninguna complicación y que sólo de los 2 últimos recibió consulta prenatal; de su

embarazo anterior al actual fue el 8 de Enero de 1999, y que terminó en aborto. De 10 S.D.G. X F.U.M. y que enseguida, supone que se embarazó, puesto que no volvió a menstruar. Actualmente cursa su primer día de hospitalización post-parto (Parto fortuito con desgarro), terminado en óbito, se extrajo la placenta por haber tenido retención de la misma. Se realizó revisión de cavidad uterina para corroborar que no haya membranas y restos placentarios, quedando la cavidad indemne; presentándose abundante sangrado transvaginal por presentar atonía uterina, por lo tanto, la indicación fue H. T. A.; se da por terminado el evento quirúrgico y se hospitaliza en piso. Se explica y se orienta sobre su estado actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Bronquitis a la edad de 8 años, la cual fue atendida en institución de salud y propias de la infancia; niega antecedentes quirúrgicos ni traumáticos, no alergias ni transfusionales, estudio de laboratorio de control Bh – Hg 120 y Rh (o +) aparentemente sana.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Llega al servicio por dolor obstétrico en período de expulsión y por no sentir movimientos desde la noche anterior. Dilatación completa y rompimiento prematuro de membranas de 24 horas de evolución. Se atiende parto eutócico en admisión de toco (óbito), alumbramiento dirigido por tener retención de placenta (ya en el servicio de expulsión), presentando abundante sangrado, complicación y se repara el desgarro. Continúa abundante sangrado transvaginal refractario a las maniobras habituales de involución; presentándose aún la atonía posteriormente se decide a realizar H.T.A.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Paciente tranquila, palidez generalizada, refiere tener un buen apetito, en ocasiones se deprime un poco, lo demás sin antecedentes de importancia, peso 63 kg y talla de 1.50 cms con actitud positivo ante lo sucedido.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

Bh, Hg 10 6g/dl	EGO pH 6	USG. Embarazo de 34
Glucosa 100 mg	Gluc 8no)	SDG + miomatosis
Qx creatinina 0.6	Cetona (liq. Huellas).	uterina de grandes
	Leucos (8-10	elementos
	Células epiteliales (+)	

DIAGNOSTICO.

Paciente femenina en período expulsivo + hipomotilidad fetal + rompimiento prematuro de membranas de 24 hrs. de evolución con dilatación completa y en malas condiciones.

Paciente femenina de 37 años de edad con paridad satisfecha decide someterse a método de planificación familiar definitiva (OTB), cursando su 2do día de post (óbito) + HTA por miomatosis uterina de grandes elementos.

XI. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

- Embarazo de 34 semanas de gestación por clínica + SFA + Líquido meconial (++++), pH óbito.
- Paciente postoperado de HTA por miomatosis uterina de grandes elementos.

XII. TRATAMIENTO Y MANEJO EN HOSPITAL.

1er Día.

- Solución glucosada al 5% 1000 + 20 U de oxitocina, posteriormente sólo mixta de 1000 p/8 horas, continuar con solución glucosada al 5% 1000.

- Ampicilina 1 gr I.V. c/6 horas.
- Dipirona 1 g I.V. c/6 horas (primera toma de T/A)
- Amikacina 500 mg I.V. c/8 horas.
- Toma de signos vitales por turno.
- Cuidados generales de enfermería.
- Vig STV.
- Ayuno.
- Baño y deambulaci3n.

2do. D3a.

- Soluci3n glucosada al 5% 1000 + 20 PMVP.
- Ampicilina 500 mg V.O. c/6 horas.
- Acetaminofen 500 mg V. O. c/6 hors.
- Vigilancia STV.
- Dieta l3quida, posteriormente blanda.
- CGE y SUVT.
- Deambulaci3n y ba3o.
- Bh (control). T.P., T.P.T., Plaquetas, Grupo y Rh de control.

3er. d3a

- Retirar soluciones.
- Cuidados generales de enfermer3a.
- Signos vitales por turno.
- Ba3o y deambulaci3n.
- Dieta normal.
- Ampicilina 500 mg V.O. c/6 horas.
- Acetaminofen 500 mg V.O. c/6 horas.

- Recabar laboratorio.
- Prealta.

40. Día.

- Alta del hospital.
- Cita abierta al servicio con indicaciones médicas.

XIII. CONCLUSIONES.

Paciente femenina de 37 años de edad post-óbito, actualmente cursando su primer día de post-operada de H. T. A., la cual se encuentra en buenas condiciones generales, ya sin soluciones parenterales, consciente, tranquila, afebril. A la exploración se encuentra paciente con resequedad de mucosas y palidez generalizada, conjuntivas ictéricas a la palpación Abdomen blando depresible, doloroso por la reciente cirugía. Herida quirúrgica sin signos de infección involucrado, loquios normales, no fétidos, signos dentro de lo normal, se espera que de seguir así, se pueda dar de alta pronto, no sin antes darle indicaciones de urgencias.

XIV. PRONOSTICO.

Bueno para la vida de la paciente.

3.3.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Comunicación

Ansiedad miedo. En relación con la experiencia quirúrgica de las estructuras corporales, gases y movilidad manifestadas por temor, ansiedad e inquietud.

Posible alteración del autoconcepto a los efectos percibidos sobre la sexualidad y el rol de mujer.

Evitar los peligros

Posible complicación. Lesión uterina, vesical recta, hemorragia vaginal, trombosis venosa profunda, formación de una fístula.

Hidratación

Posible complicación: Hemorragia, hipovolemia/shock. Evisceración, dehiscencia, infección (peritonitis), retención urinaria, tromboflebitis, Íleo paralítico.

De aprendizaje

Posible alteración en el mantenimiento de la salud debido a una falta de conocimientos acerca de los cuidados perineales de la "incisión", signos de complicaciones, restricciones en la actividad, retirándola de la menstruación, terapia hormonal y cuidados de seguimiento.

Oxigenación

Potencial de alteraciones de la función respiratoria en relación con inmovilidad secundaria al estado de post-anestesia y dolor

3.5.- EJECUCIÓN.

NECESIDAD: COMUNICARSE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

ANSIEDAD/MIEDO. En relación con la experiencia quirúrgica de las estructuras corporales, gases y movilidad manifestadas por temor, ansiedad e inquietud.

OBJETIVO.

La paciente deberá comunicar sus sentimientos, dudas y temores con respecto a la experiencia quirúrgica. El paciente expresará si se le pregunta, lo que espera con respecto a las rutinas pre, trans y postoperatorio.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Darle tranquilidad y comodidad, y quedarse con el paciente, animarle a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, escucharle atentamente y transmitirle una sensación de empatía y entendimiento.	1. Proporcionarle apoyo emocional y animar al paciente a que comparta, le permite aclarar sus miedos y le da a la enfermera la oportunidad de proporcionarle un Feedback realista y tranquilidad.
2. Corregir todo error e información inexacta que tenga el paciente sobre el procedimiento.	2. Los factores modificables que contribuyan a la ansiedad incluyen la información incompleta e incorrecta. El dar una información correcta y la corrección de los errores puede ayudar a eliminar los miedos y a reducir la ansiedad.
3. Determinar si el paciente desea apoyo espiritual, p. ejemplo, la visita de un clérigo u otro líder espiritual, artículos religiosos o ritos. Organizar este apoyo si es necesario.	3. Muchos pacientes necesitan apoyo espiritual para fomentar su capacidad de afrontamiento.
4. Permitir y fomentar que los miembros de la familia y las personas allegadas compartan sus	4. El apoyo eficaz de los miembros de la familia, otros parientes y amigos, puede ayudar al paciente

medos y preocupaciones. Enumerar su apoyo al paciente, pero sólo si es significativo y productivo.	a afrontar la cirugía y la recuperación ⁵¹ .
5. Avisar al médico si el paciente muestra ansiedad grave o pánico.	5. El aviso inmediato posibilita una rápida valoración y una posible actuación farmacológica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
6. Avisar al médico si el paciente necesita alguna explicación más sobre el procedimiento; previamente, el médico debe explicarle lo siguiente:	6. El médico es responsable de explicar la cirugía al paciente y a la familia; la enfermera, de determinar su nivel de comprensión y luego avisar al médico de la necesidad de dar más información.
a) Naturaleza de la cirugía. b) Razón y resultado esperado de la cirugía. c) Todo riesgo implicado. d) Tipo de anestésico que va a usar. e) Duración esperada de la recuperación y toda restricción e instrucciones postoperatorias.	
7. Implicar a los miembros de la familia o personas allegadas en la educación del paciente, siempre que sea posible.	7. Los miembros de la familia o personas allegadas entendidas pueden servir como "entrenadores" para recordarle al paciente las instrucciones y restricciones postoperatorias.
8. Darle instrucciones (junto a la cama o en grupo) sobre la información general relativa a la necesidad de participación en la actividad, rutinas preoperatorias, entorno, persona y ejercicios postoperatorios.	8. La educación preoperatoria proporciona información al paciente, que puede ayudar a reducir la ansiedad y el miedo asociados a lo desconocido y fomentar su sensación de control sobre la situación ⁵² .
9. prestar información o reforzar el	9. La estimulación simultánea de

⁵¹ Ibidem GAUNTLETT Pág. 521.

⁵² Ibidem FLYNN. Pág. 135.

<p>aprendizaje usando materiales escritos por ejemplo, libros, folletos, hojas de instrucciones o sistemas audiovisuales (por ejemplo, videos, dispositivos, pósteres).</p>	<p>múltiple sentidos aumenta el proceso del aprendizaje. El material escrito puede retenerse y usarse como referencia después del alta. Estos materiales pueden ser especialmente útiles para los cuidadores que no participaron en las sesiones educativas del paciente.</p>
<p>10. Explicar la importancia de todos los procedimientos preoperatorios.</p> <p>a) Enemas.</p> <p>b) Estado de dieta absoluta.</p> <p>c) Preparación de la piel.</p> <p>d) Pruebas de laboratorio.</p>	<p>10. Esta información puede ayudar a aliviar la ansiedad y el miedo asociados a la falta de conocimiento de las rutinas y actividades preoperatorias necesarias.</p> <p>a) Los enemas se dan a veces para vaciar el intestino de material fecal, lo que puede ayudar a reducir el riesgo de obstrucción intestinal postoperatoria al reanudarse el peristaltismo.</p> <p>b) La eliminación de los líquidos orales preoperatoriamente Reduce el riesgo de aspiración en el postoperatorio.</p> <p>c) Las pruebas y estudios establecen los valores básicos y ayudan a detectar cualquier anomalía antes de la cirugía.</p> <p>d) Los sedantes preoperatorios reducen la ansiedad y promueven la relajación, lo que aumenta la eficacia de la anestesia y disminuye las secreciones en respuesta a la intubación⁵³.</p>
<p>11. Comentar los procedimientos preoperatorios y las sanciones esperadas.</p> <p>a) Aspecto del quirófano y del</p>	<p>11. De nuevo, la comprensión del cliente de los procedimientos y sensaciones esperadas puede ayudar a reducir los miedos</p>

⁵³ Ibidem HOLLOWAY. Pág. 420.

<p>equipo.</p> <p>b) Presencia del personal de quirófano.</p> <p>c) Administración de la anestesia.</p> <p>d) Aspecto de la sala de recuperación post-anestésica.</p>	<p>asociados a lo desconocido o inesperado.</p>
<p>12. Explicar todas las rutinas y sensaciones esperadas.</p> <p>a) Administración de líquidos parenterales.</p> <p>b) Monitorización de constantes vitales.</p>	<p>12. La explicación de lo que el cliente puede esperar, del por qué se hacen los procedimientos y del por qué pueden producirse ciertas sensaciones puede ayudar a reducir los miedos asociados a lo desconocido o inesperado.</p> <p>a) Los líquidos parenterales reponen los líquidos que se pierden en la dieta y la pérdida de sangre.</p>
<p>c) Comprobación y cambios de vendajes.</p> <p>d) Colocación y cuidado de la sonda vesical (Foley).</p> <p>e) Colocación y cuidado de la sonda vesical (Foley).</p> <p>f) Otros diagnósticos, tales como vías intravenosas (V), bombas y drenajes.</p>	<p>b) Se necesita una monitorización cuidadosa para determinar el estado y seguirle la pista a cualquier cambio.</p> <p>c) Hasta que los bordes de la herida cicatricen la herida debe estar protegida de la contaminación⁵⁴.</p> <p>d) Una sonda nasogástrica promueve el drenado y reduce la distensión abdominal y la tensión de la línea de sutura.</p> <p>e) Una sonda de Foley drena la vejiga hasta que vuelva el tono muscular al excretarse la anestesia.</p> <p>f) Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios comunes de los medicamentos preoperatorios y la anestesia, otros factores</p>

⁵⁴ ATKINSON, Lucy y Jo. Mary Louise Kohn. "Técnicas de Quirófano" 5a. ed. Tr. De Jorge A. Merino, México. Editorial Interamericana, 1986 (© 1981) p.p. 457.

<p>g) Los síntomas incluyen náuseas, vómitos y dolor.</p> <p>h) La disponibilidad de analgésicos y antieméticos si se necesita.</p>	<p>que contribuyen incluyendo ciertos tipos de cirugía, obesidad, desequilibrios electrolíticos, cambios rápidos de postura y factores psicológicos y ambientales. El dolor se produce comúnmente al perder su eficacia la medicación.</p>
<p>13. Si es aplicable, enseñar al paciente (haciendo que él haga la demostración para asegurar su comprensión y capacidad) como:</p> <p>a) Volverse, toser y respirar profundamente.</p> <p>b) Sujetar la zona de incisión cuando tosa.</p> <p>c) Cambiar de postura en la cama cada 1 a 2 horas.</p> <p>d) Sentarse, levantarse de la cama y deambular tan pronto como sea posible después de la cirugía (debe evitarse estar sentado mucho tiempo).</p>	<p>13. De nuevo, la comprensión del paciente de las medidas de cuidados postoperatorios puede ayudar a reducir la ansiedad asociada a lo desconocido y puede promover el cumplimiento la enseñanza del paciente de las rutinas postoperatorias antes de la cirugía asegura que su comprensión no está afectada por los efectos continuados de la sedación en el postoperatorio⁵⁵.</p>
<p>14. Explicar la importancia de la actividad progresiva en el postoperatorio incluyendo la deambulación precoz y el autocuidado tan pronto como el cliente sea capaz.</p>	<p>14. La actividad mejora la circulación y ayuda a impedir el estancamiento de las secreciones respiratorias. El autocuidado promueve la autoestima y puede ayudar a favorecer la recuperación.</p>
<p>15. Explicar las normas importantes del hospital a los miembros de la familia o personas allegadas, por ejemplo, hora de visita, número de visitantes permitidos cada vez, localización de las salas de espera, cómo conectará el médico</p>	<p>15. El dar a los miembros de la familia y personas allegadas, esta información puede ayudar a reducir su ansiedad y permitirles apoyar mejor al paciente.</p>

⁵⁵ Op. Cit. 538.

con ellos después de la cirugía.	
16. Evaluar la capacidad del paciente y la familia o personas allegadas para alcanzar los objetivos de aprendizaje prefijados y planificados mutuamente.	16. Esta valoración identifica la necesidad de toda enseñanza y apoyo adicional ⁵⁶ .

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
1. Factores de estrés específicos y naturaleza de las preocupaciones.	1. Cada paciente experimenta alguna reacción emocional a la cirugía; la naturaleza y el grado de esta reacción depende del cómo percibe el paciente la cirugía y sus efectos anticipados (físicos, psicológicos, económicos, sociales, laborales y espirituales).
2. Experiencias pasadas o conocimientos respecto a la cirugía. 3. comprensión del procedimiento quirúrgico planeado.	2. y 3 El conocimiento exacto del procedimiento planeado y de las rutinas de cuidados pueden ayudar a reducir la ansiedad y el miedo en relación con lo desconocido.
4. Sistema de apoyo disponible.	4. El apoyo adecuado de la familia, los amigos y otras fuentes pueden ayudar al paciente a afrontar la cirugía y la recuperación.
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
5. Nivel de ansiedad. a) Leve (alerta y consciente de la situación, capacidades de aprendizaje y afrontamiento intactas). b) Moderado (se presentan signos físicos por ejemplo, aumento de la frecuencia del pulso, temblores musculares, dificultad	5. Cada paciente experimenta alguna reacción emocional a la cirugía; la naturaleza y el grado de esta reacción depende del cómo percibe el paciente la cirugía y sus efectos anticipados (físicos, psicológicos, económicos, sociales, laborales y espirituales).

⁵⁶ Ibidem HENDERSON. Pág. 24.

<p>para concentrarse).</p> <p>c) Grave (se presentan signos evidentes, por ejemplo hiperventilación, taquicardia, percepción muy alterada, aprendizaje y afrontamiento gravemente deteriorados).</p> <p>d) Pánico (se presenta hiperactividad y otros signos físicos evidentes, percepción completamente distorsionada, imposibles al aprendizaje y el afrontamiento).</p>	
<p>6. Disposición y capacidad de aprender y retener la información.</p>	<p>6. El paciente o la familia que fracase el logro de los objetivos de aprendizaje requiere ser remitido para ayudar después del alta.</p>

NECESIDAD: Evitar los peligros

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Possible complicación. Lesión uterina, vesical recta, hemorragia vaginal, trombosis venosa profunda, formación de una fístula.

OBJETIVO.

La enfermera controlará y reducirá las complicaciones posteriores a la hysterectomía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Buscar signos y síntomas de lesión uterina, vesical o rectal. a) Retención uterina. b) Prolongada disminución de los ruidos intestinales. c) Orina turbia, sanguinolenta. d) Ausencia de flato.	1. La proximidad a la zona quirúrgica puede predisponerlas a una atonía debida a edema o lesión de un nervio.
2. Buscar signos y síntomas de trombosis venosa profunda. a) Dolor de pierna. b) Hinchazón de pierna. c) Dolor referido en abdomen y nalgas.	2. la colocación durante la operación y el edema postoperatorio contribuyen a la éstasis vascular y a la formación de trombosis.
3. Realizar frecuentes cambios posturales, evitar la posición Fowler alta y ejercer presión por debajo de las rodillas.	3. el movimiento reduce la éstasis y el estancamiento muscular en las piernas. La posición de Fowler alta provoca una menor circulación en la pelvis; la presión debajo de las rodillas puede interferir con la circulación periférica ⁵⁷ .
4. Buscar signos y síntomas de formación de una fístula. a) Orina de color fecal. b) Distensión abdominal.	4. es posible que se cree un conducto desde la zona quirúrgica a la vejiga o al intestino.

Intervenciones relacionadas prescritas por el médico.

- Medicación, terapia con estrógenos (casos escogidos).
- Terapia intravenosa, estudios de laboratorio, estudios de diagnóstico (ultrasonido o tomografía computarizada, histerosalpingografía), terapias recreativas.

⁵⁷ Ibidem. HOLLOWAY. Pág. 357.

NECESIDAD: COMUNICARSE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Posible alteración del autoconcepto a los efectos percibidos sobre la sexualidad y el rol de mujer.

OBJETIVO.

La paciente reconocerá los cambios en la estructura y función orgánica, así mismo comunicará lo que se siente acerca de la Histerectomía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Hablar a menudo con la paciente y tratarla de forma cariñosa y positiva.	1. Los contactos frecuentes con el cuidador indican la aceptación, pudiendo facilitar la confianza. Es posible que la paciente se renuente a la relacionarse con el personal debido al concepto negativo que tiene de sí misma.
2. Incorporar el apoyo emocional a las sesiones informativas técnicas sobre cuidados por ejemplo, cuidados de la herida, baño.	2. Esto fomenta la resolución de cuestiones emocionales mientras se enseñan capacidades técnicas.
3. Animar a la paciente a expresar sus sentimientos relativos a la operación y cómo piensa que afectará a su estilo de vida. Ratificar su opinión y decirle que sus respuestas son normales y apropiadas.	3. Compartir las preocupaciones y expresar los sentimientos da a la enfermera la oportunidad de corregir cualquier información equivocada. Ratificar las opiniones de la paciente aumentan la conciencia de uno mismo ⁵⁸ .
4. Sustituir los mitos por realidades, por ejemplo, la histerectomía normalmente no afecta a la respuesta sexual.	4. La información errónea puede contribuir a la ansiedad y temor definido. Proporcionar información exacta puede ayudar a reducir estos factores causantes de tensión emocional.
5. Comentar la operación y sus	5. A menudo el apoyo de familiares y

⁵⁸ FLYNN Pág. 89

efectos sobre su relación con familiares o allegados; corregir cualquier concepto erróneo. Animar a la paciente a compartir sus sentimientos y opciones también con ellos.	allegados es crucial para que la paciente acepte los cambios y tenga un concepto positivo de sí misma.
6. Remitir a la paciente con alto riesgo de mala adaptación a asesoramiento profesional.	6. Puede estar indicada una terapia de seguimiento que contribuya a una buena adaptación.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
1. Contacto con otras personas sometidas a Histerectomía. 2. Capacidad para expresar lo que siente en relación con la histerectomía.	1. y 2. Esta información se puede usar para medir la respuesta y la evolución actual. Con las conversaciones se pueden detectar temores e información equivocada.
3. Signos de concepto negativo de uno.	1. Una paciente que tuviera previamente un concepto personal negativo corre un mayor riesgo de adaptarse mal.
4. Participación en los cuidados personales.	2. La participación en los cuidados personales indica un intento de afrontar positivamente los cambios ⁵⁹ .

⁵⁹ Ibidem HOLLOWAY. Pág. 379.

NECESIDAD: DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Posible alteración en el mantenimiento de la salud debido a una falta de conocimientos acerca de los cuidados perineales de la "incisión", signos de complicaciones, restricciones en la actividad, retirándola de la menstruación, terapia hormonal y cuidados de seguimiento.

Objetivo.

La paciente expresará si se le pregunta lo que espera con respecto al mantenimiento y pronostico futuro.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>1. Comentar las expectativas de recuperación, basándose en el tipo e importancia de la operación. Explicar que la histerectomía vaginal, por lo general, proporciona una recuperación más rápida y provoca menos malestar postoperatorio, pero tiene varios inconvenientes que son:</p> <p>a) Mayor riesgo de infección postoperatoria.</p> <p>b) Comparado con la histerectomía abdominal, reduce la capacidad de afrontar dificultades inesperadas de la operación o complicaciones. Explicar que la histerectomía abdominal permite una mejor visualización durante la operación y tiene menos contraindicaciones, pero implica períodos de recuperación más largos, mayor uso de anestésicos y mayor dolor postoperatorio.</p>	<p>1. Comprender las expectativas de recuperación puede ayudar al paciente y la familia a planificar estrategias para seguir el régimen de cuidados postoperatorios⁶⁰.</p>

⁶⁰ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 250.

<p>2. Explicar los cuidados perineales (histerectomía vaginal), enseñar a la paciente a hacer lo siguiente:</p> <p>a) Lavarse con agua y jabón (baño o ducha cuando sea posible).</p> <p>b) Secarse bien con una toalla, separando los pliegues cutáneos para garantizar un buen secado. Consulta con un médico los cuidados de una herida complicada.</p>	<p>2. Unos correctos cuidados de la herida ayudan a reducir la presencia de microorganismos en la zona de la incisión e impedir la infección.</p>
<p>3. Explicar los cuidados perineales (histerectomía vaginal), enseñar a la paciente a hacer lo siguiente: Mantener una buena higiene.</p> <p>a) Lavarse bien con agua y jabón</p> <p>b) Cambiar a menudo la compresa.</p> <p>c) Tras una evacuación, limpiarse de adelante hacia atrás, usando un papel limpio para cada movimiento delante hacia atrás.</p>	<p>3. Compartir las preocupaciones y expresar los sentimientos da a la enfermera la oportunidad de corregir cualquier información equivocada. Ratificar las opiniones de la paciente aumentan la conciencia de uno mismo⁶¹.</p>
<p>4. Explicar la necesidad de aumentar la actividad según se tolere.</p>	<p>4. La actividad física, sobre todo una deambulación temprana y frecuente, puede ayudar a impedir o reducir los retortijones abdominales, una molestia habitual durante la recuperación de la histerectomía abdominal.</p>
<p>5. Enseñar al paciente y a la familia a buscar y notificar lo siguiente:</p> <p>a) Cambios en el drenaje perineal (por ejemplo, drenaje inusual, hemorragia con sangre roja brillante, mal olor).</p> <p>b) Retención urinaria, escozor, frecuencia.</p> <p>c) Orina turbia y maloliente.</p> <p>d) Sangre en la orina.</p> <p>e) Cambio en el hábito intestinal (estreñimiento, diarrea).</p>	<p>5. Debido a la gran cantidad de vasos sanguíneos que existen en la pelvis de la mujer, la histerectomía conlleva un mayor riesgo de hemorragia postoperatoria que la mayoría de las demás operaciones. Normalmente, la hemorragia aparece las 24 horas siguientes a la operación, pero existe también un alto riesgo en el cuarto, noveno y vigésimo primer día del postoperatorio, cuando se</p>

⁶¹ Ibidem FLYNN. Pág. 316.

	disuelven las suturas. Es normal y de prever la presencia de una pequeña cantidad de drenaje seroso de color sonrosado, amarillo o marrón, o incluso hemorragia vaginal de poca importancia (no mayor que un flujo menstrual normal) ⁶² .
6. Explicar los efectos de la operación sobre la menstruación y la ovulación. Decir a la paciente que avise en caso de tener síntomas propios del climaterio (desaparición de la menstruación). a) Sofocos. b) Cefalea. c) Nerviosismo. d) Palpitaciones. e) Fatiga. f) Depresión, sentimiento de inutilidad y otras reacciones emocionales.	6. La extirpación del útero (dejando los ovarios) teóricamente no debería producir síntomas menopáusicos; no obstante, es posible que la paciente los note de un modo temporal, aparentemente debido a unos mayores niveles e estrógenos, resultantes de la manipulación quirúrgica de los ovarios la extirpación de ambos ovarios induce artificialmente la menopausia, ocasionando síntomas más agudos de los experimentados típicamente en un climaterio normal, para ayudar a mitigar estos síntomas, a menudo se deja un trozo de ovario en su sitio, a no ser que esté contraindicada la terapia heterogénea mitiga los síntomas pudiendo estar indicada, excepto en casos de tumores malignos ⁶³ .
7. Explicar las restricciones en la actividad; enseñar al paciente a hacer lo siguiente: a) Esperar notar fatiga y debilidad durante la recuperación. b) Delegar tareas a otras personas, por ejemplo, pasar la aspiradora, cargar peso) como mínimo durante 1 mes. c) Andar con moderación; aumentar gradualmente la distancia y la velocidad.	7. El reposo adecuado deja al organismo reparar el traumatismo tisular producido por la operación. La deambulación mejora la fuerza y resistencia muscular, acelerando la recuperación. Permanecer sentada mucho tiempo puede ocasionar congestión pélvica y trombosis.

⁶² Ibidem. MONDRAGÓN. Pág. 471.

⁶³ Ibidem MONDRAGÓN. Pág. 611.

<p>d) Volver a conducir 2 semanas después de la operación, si el coche ya equipado con una transmisión automática</p>	
<p>8. Analizar las cuestiones que preocupan a la paciente en relación con el impacto de la operación sobre los sentimientos y la actividad sexual. Explicarle que deberá poder reanudar relaciones entre 3 a 16 semanas (con la histerectomía vaginal) después de la operación, confirmar un espacio de tiempo concreto con el médico.</p>	<p>8. La mayoría de los casos, la histerectomía no debería afectar a la respuesta o actividad sexual. Durante 3 a 4 meses después de la operación, el coito puede ser doloroso, debido a la sensibilidad abdominal y la contracción temporal de la vagina. El coito ayuda a dilatar las paredes de la vagina y finalmente a aliviar el malestar.</p>
<p>9. En caso de efectuar una histerectomía subtotal, explicar que seguirá teniendo la regla, ya que persiste un trozo de útero y de su endometrio.</p> <p>10. Explicar que la extirpación total del útero impide el embarazo y provoca la retirada de la menstruación; pero siempre que permanezca un trozo de ovario, puede notar síntomas premenstruales mensuales como dismenorrea y calambres abdominales.</p>	<p>9. y 10. Las explicaciones de lo que se debe esperar de la operación puede ayudar a reducir la ansiedad asociada a lo desconocido, permitiendo una buena adaptación.</p>
<p>11. Si se prescribe una terapia de reposición de estrógenos, informar a la paciente de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicarle que típicamente los estrógenos se administran a dosis bajas y de forma cíclica -5 días tratamiento y 2 de descanso- hasta alcanzar la edad habitual de la menopausia. • Fomentar el fundamento de la terapia: proporcionar una sensación de bienestar, 	<p>12. Si la paciente comprende la terapia con estrógenos, esto puede animarle a seguir el régimen prescrito⁶⁴.</p>

⁶⁴ Ibidem PERNOLL. Pág. 229.

reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y disminuir el riesgo de osteoporosis.

- Explicarle los riesgos asociados al tratamiento tromboflebitis, cáncer un estudio realizado sobre los efectos a largo plazo del uso de estrógenos halló un menor índice de muertes por infarto de miocardio y cáncer, pero una mayor frecuencia de cáncer de mama (a pesar de un menor índice de muertes debidas a cáncer de - - - mama) y osteoporosis. Se ha comprobado que las mujeres nulíparas tienen un mayor riesgo de cáncer de mama durante los 10 primeros años del tratamiento. También se comprobó que las mujeres mayores de 55 años y aquellas con una menopausia tardía tenían un mayor riesgo de cáncer de mama. El estudio recomendaba que los médicos diesen a estas mujeres información especial antes de prescribirlas el tratamiento estrogénico.
- Enseñar a la paciente a notificar lo siguiente: cambios de humor sobre todo de presión:
 - Signos y síntomas de tromboflebitis (calor y dolor en pantorrillas, dolor abdominal y dolor, entumecimiento o rigidez en piernas y nalgas.
 - Excesiva retención de líquido.

<ul style="list-style-type: none"> • Ictericia. • Excesivas náuseas y vómitos. • Mareos frecuentes cefaleas. • Caída del pelo. • Alteraciones visuales. • Bultos en mama. • Explicar la necesidad de someterse a reglars vistas de seguimiento (al menos una al año) y realizar una autoexploración de mama mensual. 	
<p>12. Comentar los cuidados de seguimiento: explicarle que el alta normalmente se da a los 5 a 5 días, y que se programa una visita post-operatoria de las 4-6 semanas del alta. Razonar la importancia que tiene el acudir a las citas programadas.</p>	<p>12. Es necesario realizar unos cuidados de seguimiento para evaluar los resultados de la operación y del tratamiento con estrógenos, si está indicado, y detectar cualquier complicación.</p>

<p align="center">CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.</p>	<p align="center">SIGNIFICADO CLÍNICO.</p>
<p>1. Disposición y capacidad de prender y retener la infección.</p>	<p>1. Al paciente o familia que no logre alcanzar los objetivos docentes hay que remitirle la ayuda para después del alta.</p>

NECESIDAD: DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Possible complicación: Hemorragia, hipovolemia/shock. Evisceración, dehiscencia, infección (peritonitis), retención urinaria, tromboflebitis, íleo paralítico.

Objetivo.

El profesional de enfermería controlará y reducirá al mínimo las complicaciones posteriores a la cirugía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>1. Controlar los signos y síntomas de hemorragia/shock.</p> <p>a) Aumento de la frecuencia del pulso con una tensión arterial normal o ligeramente disminuida.</p> <p>b) Diuresis < 30 ml /hr.</p> <p>c) Inquietud, agitación, disminución de la capacidad mental.</p> <p>d) Aumento de la frecuencia respiratoria.</p> <p>e) Pulsos periféricos disminuidos.</p> <p>f) Piel fría, pálida o cianótica.</p> <p>g) Sed.</p>	<p>1. La respuesta de compensación a la disminución del volumen circulatorio se encamina a aumentar la oxigenación de la sangre mediante un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y una disminución de la circulación periférica (que se manifiesta por disminución de la circulación periférica (que se manifiesta por disminución de los pulsos periféricos y piel fría). La disminución del oxígeno al cerebro da como resultado una disminución de la capacidad mental⁶⁵.</p>
<p>2. Controlar el estado de líquidos, evaluar lo siguiente:</p> <p>a) Ingesta (parenteral y oral).</p> <p>b) Diuresis y otras pérdidas (orina, drenado y vómitos).</p>	<p>2. La pérdida de líquidos durante la cirugía y como resultado de la dieta absoluta puede trastornar el equilibrio de líquidos en un paciente de alto riesgo. El estrés puede producir retención de sodio y agua⁶⁶.</p>
<p>3. Controlar en la zona de la incisión quirúrgica si sangre, si hay dehiscencia y evisceración.</p>	<p>3. El control de cuidados posibilita la detección precoz de las complicaciones.</p>

⁶⁵ Ibidem. MONDRAGÓN. Pág. 388.

⁶⁶ SMITH, Germán "Enfermería Médico-Quirúrgica". 3ª. ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962). Pág. 578

<p>4. Enseñar al paciente a entablillar la herida quirúrgica con una almohada cuando tosa, estomudo o vomite.</p>	<p>4. El entablillado reduce la tensión en la línea de sutura igualando la presión a través de la herida.</p>
<p>5. Si se produce dehiscencia o evisceración:</p> <p>a) Poner al paciente en posición Fowler baja.</p> <p>b) Instruir al paciente para que se torne quieto y tranquilo.</p> <p>c) Cubrir la víscera que protruye con un apósito caliente estéril.</p>	<p>5. La rápida actuación puede reducir la gravedad de las complicaciones:</p> <p>a) La posición Fowler baja utiliza la gravedad para reducir al mínimo la mayor protusión de los tejidos.</p> <p>b) El tornarse quieto y tranquilo también reduce al mínimo la protrusión de los tejidos.</p> <p>c) Un apósito caliente estéril ayuda a mantener la viabilidad de los tejidos.</p>
<p>6. No iniciar el aporte de líquidos hasta que haya sonidos intestinales; empezar con cantidades pequeñas. Controlar la respuesta del paciente a la reanudación de los líquidos y alimentos y observar la naturaleza y cantidad de cualquier vómito.</p> <p>7. Controlar los signos de íleo paralítico.</p> <p>a) Sonidos intestinales ausentes.</p> <p>b) Gases.</p> <p>c) Distensión abdominal.</p>	<p>6. y 7 La manipulación intraoperatoria de los órganos abdominales y los efectos depresivos de los narcóticos y anestésicos en el peristaltismo puede producir íleo paralítico, generalmente entre el tercer y quinto día del postoperatorio. El dolor típicamente es localizado agudo e intermitente⁶⁷:</p>
<p>8. Controlar los signos y síntomas de infección /sepsis (remitirse también al diagnóstico de enfermedad, riesgo de infección).</p> <p>a) Aumento de temperatura.</p> <p>b) Escalofríos.</p> <p>c) Malestar.</p> <p>d) Elevación del recuento de leucocitos.</p> <p>e) Dolor abdominal en aumento.</p>	<p>8. Los microorganismos pueden introducir en el cuerpo durante la cirugía o a través de la incisión. Los patógenos circulantes desencadenan los mecanismos de defensa del cuerpo; se liberan leucocitos para destruir algunos patógenos y el hipotálamo eleva la temperatura para matar a otros. El enrojecimiento de la herida, el</p>

⁶⁷ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 501.

f) Dolor en herida, enrojecimiento o edema.	dolor y el edema resultan de la migración de linfocitos al área ⁶⁸ .
9. Controlar los signos de retención urinaria: a) Distensión vesical. b) Sobreflujo de orina (de 30 a 60 ml de orina cada 15 a 30 minutos).	9. la anestesia produce relajación muscular, que afecta a la vejiga. Al volver el tono muscular, los espasmos de la vejiga impiden el flujo de la orina, produciendo distensión de la vejiga. Cuando la retención de orina aumenta la presión intravesical, el esfínter libera orina y se recupera el control del flujo.
10. Instruir al paciente para que informe de molestias vesicales o incapacidad de orinar.	10. Las molestias vesicales y el fracaso en la micción pueden ser signos de procesos de retención urinaria.
11. Si el paciente no orina en 8 a 10 horas después de la cirugía o se queja de molestias en la vejiga: a) Calentar lauña. b) Animar al paciente a que se levante de la cama para usar el baño, si es posible. c) Instruir al paciente varón para que se quede de pie cuando orine, si es posible d) Hacer correr el agua en el lavabo cuando el paciente intente orinar. e) Verter agua caliente sobre el periné del paciente.	11. Estas medidas pueden ayudar a promover la relajación del esfínter urinario y facilitar la micción.
12. Si el paciente aún no puede orinar, seguir los protocolos para un sondaje rígido, si se prescribe.	12. El sondaje rígido es preferible a la sonda vesical, ya que tiene menos riesgo de infección del aparato urinario por los patógenos ascendentes.
13. Controlar los signos y síntomas de tromboflebitis. a) Dolor en la flexión dorsal del pie, debido a la circulación insuficiente. b) Dolor en la pantorrilla, calor	13. La vasoconstricción debida a hipotermia disminuye la circulación periférica. La anestesia y la inmovilidad reducen el tono vasomotor, dando como resultado una

⁶⁸ ATKINSON, Lucy y Jo. Mary Louise Kohn. "Técnicas de Quirofano" 5a. ed. Tr. De Jorge A. Merino, México. Editorial Interamericana, 1986 (© 1981) pág. 357

inusual o enrojecimiento.	disminución del retorno venoso con estancamiento sanguíneo periférico. Combinados, estos factores aumentan el riesgo de tromboflebitis ⁶⁹ .
14. Animar al paciente a que realice ejercicios de piernas. Evitar poner almohadas bajo las rodillas, usar una articulación de cama para la rodilla, cruzar las piernas y sentarse de forma prolongada.	14. estas medidas ayudan a impedir el retorno venoso y a prevenir el estancamiento venoso ascendente.

Intervenciones relacionadas prescritas por el médico.

- Medicación: Post-operatorio, sedantes analgésicos narcóticos, anticolinérgicos.
- Tratamiento intravenoso: reposición de líquidos y electrolíticos.
- Estudios de laboratorio: Hemograma completo y perfil químico, análisis de orina.
- Estudios de diagnóstico: Radiografía de tórax y electrocardiograma.
- Terapias. Sondaje vesical, cuidado de herida y dieta absoluta preoperatoria.
- Espirometría estimulada. Dieta líquida total a medida que se toleren medidas antiembolia.
- Postoperatorio: Analgésicos, narcóticos, antieméticos.

⁶⁹ Ibidem BRUNNER. Pág. 306..

NECESIDAD: DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial de alteraciones de la función respiratoria en relación con inmovilidad secundaria al estado de post-anestesia y dolor

Objetivo.

La paciente mantendrá campos pulmonares limpios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Auscultar los campos pulmonares por si hay sonidos respiratorios disminuidos y anormales.	1. La presencia de estertores indica secreciones retenidas. La disminución de los sonidos respiratorios puede indicar atelectasia.
2. Tomar medias para prevenir aspiración: a) Colocar al paciente de lado con almohadas apoyándole la espalda y las rodillas ligeramente flexionadas. b) Mantener la cama lista.	2. En el período postoperatorio, la disminución del sensorio y la hipoventilación contribuyen al aumento del riesgo de aspiración ⁷⁰ .
3. Reforzar la educación preoperatoria del paciente sobre la importancia de cambiar de postura, toser y respirar profundamente y hacer ejercicios de piernas cada 1 ó 2 horas.	3. El dolor en el postoperatorio puede evitar el cumplimiento: el refuerzo de la importancia de estas medidas puede mejorar el cumplimiento.
4. Promover lo siguiente. a) Ejercicios respiratorios. b) Entablillar la zona de la incisión. c) Cambiar de postura frecuentemente. d) Ejercicios de pernas e) Espirometría con estímulos, si está indicada.	4. Los ejercicios y el movimiento promueven la expansión pulmonar y la movilización de secreciones. La espirometría de estímulos promueve una respiración profunda dando una indicación visual de la eficacia del esfuerzo respiratorio ⁷¹ .
5. Fomentar la ingesta de líquidos por la boca, si está indicado.	5. La hidratación adecuada licua las secreciones posibilitando una

⁷⁰ Ibidem BRUNNER. Pág. 517.

⁷¹ Ibidem GAUNTLETT. 389.

	<p>expectoración más fácil, y previene el estancamiento de las secreciones que proporciona un medio para el crecimiento de los microorganismos. También ayuda a disminuir la viscosidad de la sangre, lo que reduce el riesgo de formación de coágulos.</p>
--	---

<p>CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.</p>	<p>SIGNIFICADO CLINICO.</p>
<p>1. Estado respiratorio: a) Frecuencia y ritmo. b) Sonidos respiratorios. c) Eficacia del esfuerzo de toser.</p>	<p>1. En el período postoperatorio inmediato, la hipoventilación y la disminución sensorial, que resulta de la depresión del SNC por narcóticos y anestesia, aumentan el riesgo de aspiración.</p>
<p>2. Factores de riesgo para los problemas respiratorios postoperatorios. a) Fumar. b) Obesidad. c) Enfermedad respiratoria crónica. d) Disfunción hepática. e) Inmovilidad prolongada. f) Incisión quirúrgica cerca del diafragma. g) Debilitación. h) Desnutrición o deshidratación.</p>	<p>2. Incluso después de la recuperación de la anestesia, el esfuerzo respiratorio se reduce debido a la fatiga, dolor e inmovilidad. Estos efectos – especialmente en combinación con uno o más de los factores de riesgo enumerados- aumenta el riesgo de un cliente de prestar problemas respiratorios postoperatorios.</p>

NECESIDAD: DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Alto riesgo de infección en relación con el aumento de la susceptibilidad a las bacterias secundarias a la herida.

Objetivo.

La paciente demostrará una cicatrización con evidencia de bordes de la herida y aproximados o tejido de granulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>1. Controlar los signos y síntomas de infección de la herida:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aumento de la inflamación y enrojecimiento.b) Separación de la herida.c) Drenaje aumentado o purulento.d) Temperatura prolongada por debajo de lo normal o temperatura significativamente elevada.	<p>1. Los tejidos responden a la infiltración de patógenos con aumento del flujo de sangre y linfa (manifestado por edema, enrojecimiento y aumento del drenado) y epitelización reducida (marcada por separación de la herida). Los patógenos circulantes desencadenan que el hipotálamo eleve la temperatura corporal; ciertos patógenos no pueden sobrevivir a elevadas temperaturas⁷².</p>
<p>2. Controlar la cicatrización de la herida observando lo siguiente.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Evidencia de bordes de la herida intactos y aproximados (de primera intención).b) Evidencia de tejido de granulación (segunda y tercera intención).	<p>2. Una herida quirúrgica con los bordes aproximados por las suturas, generalmente cicatriza por primera intención. El tejido de granulación no es visible y la formación de cicatriz es mínima. En cambio, una herida quirúrgica con una drenaje o absceso cicatriza por segunda intención o granulación con formación de una cicatriz más clara. Una herida reestructurada cicatriza por tercera intención y da como</p>

⁷² Ibidem FLYNN. Pág. 275.

	resultado una cicatriz más ancha y más profunda ⁷³ .
<p>3. Enseñar al paciente acerca de los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida.</p> <p>a) Deshidratación del tejido de la herida.</p> <p>b) Infección de herida.</p> <p>c) Inadecuada nutrición y deshidratación.</p>	<p>3.</p> <p>a) Los estudios informan que la migración epitelial se obstaculiza bajo una costra seca; el movimiento es tres veces más rápido sobre un tejido húmedo.</p> <p>b) El exudado es una herida infectada, afecta a la epitelización y cierre de la herida.</p> <p>c) Para reparar el tejido, el cuerpo necesita un aumento de la ingesta de hidratos de carbono y proteínas, y una hidratación adecuada par ale transporte vascular de oxígeno.</p>
<p>d) Aporte de sangre comprometido.</p> <p>e) Aumento del estrés o actividad excesiva.</p>	<p>d) El aporte de sangre al tejido herido debe ser el adecuado para transportar leucocitos y eliminar los desechos.</p> <p>e) El aumento del estrés y de la actividad da como resultado niveles más elevados de chalone, un inhibidor miótico que deprime la regeneración epidérmica⁷⁴.</p>
<p>4. Dar los pasos para prevenir la infección:</p> <p>a) Lavarse las manos antes y después de cambiar vendajes.</p> <p>b) Llevar guantes hasta que la herida esté sellada.</p> <p>c) Limpiar completamente la zona de alrededor de los tubos de drenaje.</p> <p>d) Mantener los tubos alejados de la incisión.</p>	<p>4. Estas medidas ayudan a prevenir la introducción de microorganismos en la herida y también reducen el riesgo de transmitir la infección a otros.</p>

⁷³ Ibidem ATKINSON. Pág. 355.

⁷⁴ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 244.

<p>e) Desechar las soluciones de lavado no usadas después de 24 horas.</p>	
<p>5. Explicar cuando está indicado un vendaje para las heridas que cicatrizan por primera intención y para las de segunda intención.</p>	<p>5. Una herida que cicatriza por primera intención requiere de un vendaje para protegerla de la contaminación hasta que los bordes estén cerrados (24 horas generalmente). Una herida que cicatriza por segunda intención requiere de un vendaje para mantener una hidratación adecuada, el vendaje no es necesario después de que se cierran los bordes.</p>
<p>6. Reducir al mínimo la irritación de la piel por los siguientes medios:</p> <p>a) Uso de la menor cantidad posible de esparadrapo o usar tiras de Montgomery, si está indicado.</p> <p>b) Cambio frecuente de los vendajes empapados.</p>	<p>6. La prevención de la irritación de la piel elimina una fuente potencial de entrada de microorganismos.</p>
<p>7. Proteger la herida y el tejido circundante del drenaje por los siguientes métodos:</p> <p>a) Uso de una bolsa colectora si está indicado.</p> <p>b) Colocar una barrera cutánea.</p>	<p>7. La protección de la piel puede ayudar a minimizar las excoiaciones por el drenaje ácido. Una barrera cutánea semipermeable proporciona un ambiente húmedo para la cicatrización y previene la entrada de las bacterias⁷⁵.</p>
<p>8. Enseñar y ayudar al paciente a:</p> <p>a) Sujetar la herida quirúrgica cuando se mueva.</p> <p>b) Entablillar la zona cuando se tosa, estornude o vomite.</p> <p>c) Reducir la acumulación de gases.</p>	<p>8. Una herida requiere típicamente 3 semanas para la formación de una cicatriz fuerte. La tensión en la línea de sutura antes de que esto se produzca puede producir un trastorno.</p>
<p>9. Consultar con una enfermera clínica o especialista en ostomías para las medidas específicas de cuidado de la piel.</p>	<p>9. El tratamiento de una herida compleja o de una cicatriz deteriorada requiere la consulta a una enfermera experta.</p>

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zona quirúrgica y drenajes. 2. Tipo y evolución de la cicatrización de la herida. 3. Signos de infección o retraso en la cicatrización. 	<p>1. 2 y 3. la interrupción quirúrgica de la integridad de la piel trastorna la primera línea de defensa del cuerpo contra la infección y permite la entrada directa de microorganismos. En la mayor parte de los casos, una herida quirúrgica debe cerrarse a las 24 horas por primera intención⁷⁸.</p>

⁷⁵ Ibidem HOLLOWAY. Pág. 522.

⁷⁶ Ibidem ATKINSON. Pág. 337.

NECESIDAD: DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la movilidad física en relación con la interrupción quirúrgica de las estructuras corporales, gases y movilidad.

Objetivo.

La paciente informará de una recuperación progresiva del dolor y de la actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Colaborar con el paciente para determinar la eficacia de las actuaciones de alivio del dolor.	1. Un paciente que experimente dolor puede sentir una pérdida de control sobre su cuerpo y su vida. La colaboración puede ayudar a reducir al mínimo este sentimiento.
2. Expresar su aceptación del dolor del paciente reconozca la presencia del dolor, escuche atentamente sus quejas y transmita que está valorando el dolor, porque quiere entenderlo mejor, porque esté intentando determinar si realmente existe.	2. Un paciente que siente la necesidad de convencer a los profesionales de la salud que realmente está experimentando dolor es probable que tenga mejor ansiedad, lo que puede conducir a un aumento del dolor.
3. Reducir el miedo del cliente y aclarar cualquier error haciendo lo siguiente: a) Enseñarle lo que debe esperar, describir la sensación tan precisamente como sea posible, incluyendo cuánto debería durar. b) Explicar los métodos de alivio del dolor, tales como la distracción, la aplicación de calor y la relajación progresiva.	3. Un paciente que está preparado para un procedimiento doloroso con una explicación detallada de lo que sentirá generalmente experimenta menos estrés y dolor que otro que recibe explicaciones vagas o ninguna ⁷⁷ .
4. Explicar la diferencia entre las	4. Muchas pacientes y sus familias

⁷⁷ Ibidem ATKINSON. Pág. 659.

<p>respuestas fisiológicas involuntarias y las respuestas conductuales voluntarias con respecto al uso de fármacos.</p> <p>a) Respuestas fisiológicas involuntarias. La tolerancia a los fármacos es un fenómeno fisiológico en el que, después de dosis repetidas, la dosis prescrita empieza a perder su eficacia. La dependencia física es un estado fisiológico que resulta de la administración repetida un fármaco. La privación se experimenta si el fármaco se suspende bruscamente.</p>	<p>están mal informados con respecto a la naturaleza y riesgos de la drogadicción y por tanto pueden ser renuentes a pedir analgésicos.</p>
<p>b) El descenso gradual de la dosis del fármaco ayuda a controlar los síntomas. Respuestas conductuales voluntarias: El abuso de drogas es el uso de una droga en cualquier forma que se desvíe de los médicos y sociales aceptables (Mc Cafferty, 1979). La adicción es un patrón conductual de uso de drogas caracterizado por la implicación abrumadora con el uso de la droga y el asegurarse su suministro y elevada tendencia a la recaída después de la privación (Jaffe, 1975)</p>	
<p>5. Proporcionar intimidad al paciente para su experiencia de dolor, por ejemplo, correr las cortinas y cerrar la puerta de la habitación, pedir a los demás que salgan de la habitación.</p>	<p>5. La intimidad permite al paciente expresar el dolor a su manera, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y aliviar el dolor⁷⁸.</p>
<p>6. Proporcionarle un alivio óptimo del dolor con los analgésicos prescritos.</p> <p>a) Determinar la vía de</p>	<p>7.</p> <p>a) La vía de administración adecuada optimiza la eficacia</p>

⁷⁸ Ibidem. Pág. KING. Pág. 95.

<p>administración preferida (oral, intramuscular, intravenosa, o rectal). Consultar con el médico.</p> <p>b) Valorar las constantes vitales —especialmente la frecuencia respiratoria antes y después de administrar cualquier narcótico.</p>	<p>de los analgésicos. La vía oral es la preferida en la mayoría de los casos; para algunos fármacos puede darse la dosis en forma líquida a un paciente que tiene dificultad con la deglución. Si son necesarias inyecciones frecuentes, la vía intravenosa (IV) es la preferida para reducir al mínimo el dolor y hacer máxima la absorción, sin embargo, la administración I.V. puede producir efectos secundarios más profundos que las demás vías⁷⁹.</p> <p>b) Los narcóticos pueden deprimir el centro respiratorio cerebral.</p>
<p>c) Consultar con un farmacéutico con respecto a las posibles interacciones adversas entre el fármaco prescrito y los demás medicamentos que está tomando el paciente por ejemplo, relajantes musculares, tranquilizantes.</p>	<p>c) Algunos medicamentos potencian los efectos de los narcóticos, la identificación de dicha modificación antes de su administración puede prevenir una sedación excesiva.</p>
<p>d) Hacer un abordaje preventivo a la medicación del dolor, es decir, administrar la medicación antes de la actividad, por ejemplo, deambulación, para favorecer la participación (pero estar seguro de evaluar los riesgos de sedación), instruir al paciente para que pida la medicación analgésica según la necesite antes de que el dolor se vuelva intenso.</p> <p>e) Después de la administración de la medicación para el dolor, volver a la media hora para evaluar su eficacia.</p>	<p>d) El abordaje preventivo puede reducir la dosis total en 24 horas comparándolo con el abordaje de si precisa (s/p); también proporciona un nivel más constante de fármaco en sangre, reduce el ansia del paciente por el fármaco y elimina la ansiedad asociada con pedir y esperar el alivio del s/p.</p> <p>e) Cada paciente responde de forma diferente a la modificación para el dolor, se necesita un control cuidadoso para valorar la respuesta</p>

⁷⁹ Ibidem JONATHAN. Pág. 278.

	individual, por ejemplo, con demasiada frecuencia se espera que un cliente quirúrgico responda a 50 mg de meperidina cada 3 a 4 horas cualquiera que sea el tamaño corporal ⁸⁰ .
<p>7. Explicar y ayudar con las medidas de alivio del dolor no invasivas y no farmacológicas:</p> <p>a) Entablillado de la zona de incisión.</p> <p>b) Postura adecuada.</p> <p>c) Distracción.</p> <p>d) Ejercicios respiratorios.</p> <p>e) Masaje.</p> <p>f) Aplicación de calor y de frío.</p> <p>g) Técnicas.</p>	<p>7. Estas medidas puede ayudar a reducir el dolor sustituyendo otros estímulos para prevenir que los estímulos dolorosos alcancen los más altos centros del cerebro. Además, la relajación reduce la tensión muscular y puede ayudar a aumentar la sensación de control del paciente sobre el dolor.</p>
<p>8. Ayudar al paciente a afrontar las consecuencias de la experiencia del dolor.</p> <p>a) Si está indicado informar al paciente de que el procedimiento doloroso se ha terminado y que el dolor remitirá pronto.</p> <p>b) Animar al paciente a que comente la experiencia.</p> <p>c) Aclarar todo error que aún pueda tener el paciente.</p> <p>d) Alabar al paciente por su resistencia y conducta.</p> <p>e) Si es posible, proporcionarle un <<recuerdo>> de la experiencia dolorosa, por ejemplo, el registro de las punciones venosas, los cálculos de vesícula extirpados, la funda de plástico de las agujas.</p>	<p>8. Estas medidas pueden ayudar a reducir la ansiedad y ayudar al paciente a recuperar la sensación de control que fue alterada por la experiencia dolorosa.</p>
<p>9. Enseñar al paciente a que expulse los gases mediante las siguientes medidas.</p>	<p>9. En el postoperatorio, el lento peristaltismo da como resultado la acumulación de gas no</p>

⁸⁰ Ibidem JONATHAN. Pág. 311.

<p>a) Caminar pronto como sea posible después de la cirugía.</p> <p>b) Cambiar de postura regularmente, tanto como sea posible, por ejemplo tumbarse de pronto, ponerse en la posición de las rodillas.</p>	<p>absorbible. Se produce el dolor cuando los segmentos de intestino no afectados se contraen para intentar expulsar el gas. La actividad acelera el retorno del peristaltismo y la expulsión de los gases; la colocación adecuada a que el gas ascienda para su expulsión.</p>
---	---

<p>CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.</p>	<p>SIGNIFICADO CLÍNICO.</p>
<p>1. Fuente del dolor tal como:</p> <p>a) Zona quirúrgica.</p> <p>b) Zona de la sonda torácica.</p> <p>c) Sistema invasivo.</p>	<p>1. El dolor postoperatorio en el punto quirúrgico resulta de la destrucción de nervios y tejidos durante la cirugía. Cuando se valora el dolor de un paciente se debe intentar diferenciar entre el dolor postoperatorio de la incisión y las molestias que surgen de los gases o inmovilidad para actuar adecuaciones⁸¹.</p>
<p>d) Molestias generalizadas.</p> <p>e) Angor.</p> <p>f) Gases.</p>	
<p>2. La gravedad del dolor, basada en una escala de 0 a 10 (0 = no dolor, 10 = el dolor más grave) catalogado como sigue:</p> <p>a) En el mejor momento.</p> <p>b) En el peor momento.</p> <p>c) Después de cada medida de alivio del dolor.</p>	<p>2. Esta escala de clasificación proporciona un medio objetivo de evaluar la experiencia subjetiva del dolor.</p>
<p>3. Signos físicos del dolor, por ejemplo, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, inquietud, mucosas faciales, protección.</p>	<p>3. Los pacientes experimentan y expresan el dolor de diferentes formas, algunos son renuentes a expresar dolor o a pedir medicamentos para el mismo. Los signos objetivos pueden alertar a la enfermera hacia el dolor de dicho paciente.</p>
<p>4. Factores que influyen en la tolerancia del dolor.</p>	<p>4. La tolerancia del dolor se refiere a la duración e intensidad del</p>

⁸¹ Ibidem SMITH. Pág. 550.

<ul style="list-style-type: none">a) Conocimiento del dolor y su causa.b) Significado del dolor.c) Capacidad de controlar el dolor.d) Nivel de energía.e) Nivel de estrés.f) Entorno cultural.g) Respuesta de los demás.	<p>dolor que un paciente está dispuesto a soportar. La tolerancia al dolor difiere mucho entre los pacientes y también puede variar en un mismo paciente en diferentes situaciones⁸².</p>
--	--

⁸² *Ibidem* JONATHAN Pág. 378.

NECESIDAD: DE NUTRICIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial alteración nutricional: Por defecto en relación con aumento de los requisitos de proteínas y vitaminas para la cicatrización de la herida y disminución de la ingesta secundaria al dolor, vómitos y restricciones dietéticas.

Objetivo.

La paciente reanudará la ingesta de los requisitos nutricionales diarios, que incluyen lo siguiente: Selección de los cuatro grupos básicos de alimentos. 200 a 3000 ml de líquidos diarios y una adecuada ingesta de fibra, vitaminas y minerales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>1. Explicarle la necesidad de una ingesta nutricional óptima, incluyendo estos elementos.</p> <p>a) Aumento de la ingesta de proteínas e hidratos de carbono.</p> <p>b) Aumento de la ingesta de vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, D, E y niacina.</p> <p>c) Ingesta adecuada de minerales (zinc, magnesio, calcio, cobre).</p>	<p>1. La comprensión de la importancia de la nutrición óptima puede favorecer que el paciente cumpla el régimen dietético.</p>
<p>2. Tomar las medidas para reducir el dolor.</p> <p>a) Planificar los cuidados de forma que no se programen antes de las comidas los procedimientos dolorosos o desagradables.</p> <p>b) Administrar medicación para el dolor media hora antes de las comidas, según se prescriba.</p>	<p>2. El dolor produce fatiga, lo que reduce el apetito.</p>
<p>3. Explicar las posibles causas de las náuseas y vómitos del paciente.</p> <p>a) Los efectos secundarios de los</p>	<p>3. La comprensión del paciente de la fuente y de la normalidad de las náuseas y vómitos puede reducir la</p>

<p>medicamentos preoperatorios y de la anestesia.</p> <p>b) El procedimiento quirúrgico.</p> <p>c) Obesidad.</p> <p>d) Desequilibrio electrolítico.</p> <p>e) Distensión gástrica.</p> <p>f) Movimiento demasiado rápido o agotador. Asegura al paciente que estos síntomas son normales.</p>	<p>ansiedad, lo que puede ayudar a reducir los síntomas⁸³.</p>
<p>4. Dar los pasos para reducir las náuseas y vómitos.</p> <p>a) Restringir los líquidos antes de las comidas y las grandes cantidades de líquido en todo momento; en vez de ello, animar al paciente a que ingiera pequeñas cantidades de</p>	<p>4.</p> <p>a) La distensión gástrica por la ingestión de líquido puede desencadenar las vías aferentes viscerales vagales que estimulan a la médula oblongada (centro del vómito).</p>
<p>eritrocitos de hielo o líquidos claros frescos (p. ejemplo, té diluido, ginger ale o cola) frecuentemente a no ser que persistan los vómitos.</p> <p>b) Enseñar al paciente a moverse lentamente.</p> <p>c) Reducir o eliminar las visiones y olores desagradables.</p> <p>d) Proporcionarle unos buenos cuidados de boca después de que vomite.</p> <p>e) Enseñarle técnicas de respiración profunda.</p> <p>f) Instruir al paciente para que evite tumbarse durante al</p>	<p>b) Los movimientos rápidos estimulan el centro del vómito desencadenando los aferentes vestibulocerebrales.</p> <p>c) Los olores y visiones desagradables pueden estimular el centro del vómito.</p> <p>d) La buena higiene bucal reduce el sabor desagradable.</p> <p>e) Las respiraciones profundas pueden ayudar a excretar el producto anestésico.</p> <p>f) La presión en el estómago puede provocar la estimulación</p>

⁸³ SMITH, Doroth "Cuidados de Enfermería para Adultos". 2ª. ed. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962) pág. 82.

<p>menos 2 horas después de comer (un paciente que tenga que descansar debe sentarse o inclinarse con la cabeza al menos 2 cms más alta que los pies).</p> <p>g) Asegurar la permeabilidad de toda sonda nasogástrica (NG).</p> <p>h) Enseñar al paciente para que practique los ejercicios de relajación durante los episodios de náuseas.</p>	<p>aferente visceral vagal del centro del vómito cerebral⁸⁴.</p> <p>g) Una sonda NG que funcione mal puede producir distensión gástrica.</p> <p>h) La relajación en relajación de relajación puede ayudar a bloquear la estimulación del centro del vómito.</p>
---	--

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
<p>1. Estado nutricional (ingesta, peso).</p>	<p>1. La cicatrización de la herida requiere la suficiente ingesta de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales para la información de fibroblastos y tejido de granulación y la producción de colágeno.</p>
<p>2. Presencia de los siguientes:</p> <p>a) Sondas intestinales.</p> <p>b) Náuseas.</p> <p>c) Vómitos.</p> <p>d) Gases.</p>	<p>2. La función gastrointestinal (GI) se deteriora por las muchas cirugías, anestesia, restricciones de la ingesta oral e inmovilidad cuanto más rápidamente reanude un cliente su dieta normal en el postoperatorio, más rápidamente retornará la función GI normal⁸⁵.</p>

⁸⁴ Op. Cit. Pág. 96.

⁸⁵ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 806.

NECESIDAD: DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial de estreñimiento de origen calórico en relación con la disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad y a los efectos de la anestesia y los narcóticos.

Objetivo.

La paciente reanudará la función intestinal y preoperatoria eficazmente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
1. Valorar los sonidos intestinales para determinar cuándo introducir líquidos. Permitir que el paciente avance a alimentos sólidos cuando se toleren los líquidos.	1. La presencia de sonidos intestinales indica el retorno del peristaltismo.
2. Explicar los efectos de la actividad diaria en la evacuación. Ayudar con la deambulación cuando sea posible.	2. La actividad influye en la evacuación intestinal mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando el apetito y el peristaltismo ⁸⁶ .
3. Promover los factores que contribuyen a una evacuación óptima. a) Dieta equilibrada. Repasar la lista de alimentos altos en fibra (p. ejemplo, frutas frescas con piel, salvado, nueces y semillas, panes y cereales integrales, frutas y verduras cocinadas y zumos de fruta). Comentar las preferencias dietéticas. Fomenta la ingesta de aproximadamente 800 g de frutas y verduras (unas cuatro piezas fruta fresca y una ensalada grande) para la deposición normal. b) Adecuada ingesta de líquidos. Fomentar la ingesta de al	3. a) Una dieta bien equilibrada alta en fibras estimula el peristaltismo. b) Es necesaria una ingesta suficiente de líquidos para

⁸⁶ Ibidem HOLLOWAY. Pág. 602.

<p>menos 8 a 10 vasos (unos 200 ml) al día a menos que esté contraindicado. Comentar las preferencias de líquidos. Establecer un horario regular para la ingesta de líquidos.</p> <p>c) Hora regular para la deposición. Identificar el patrón de deposición normal antes de la aparición del estreñimiento. Repasar la rutina diaria. Incluir la hora de la deposición como parte de la rutina diaria regular.</p>	<p>mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces.</p> <p>c) El tomar ventaja de los ritmos cardiacos puede ayudar a establecer un horario regular de deposición</p>
<p>Comentar una hora adecuada, basándose en las responsabilidades, disponibilidad de las instalaciones y así sucesivamente. Sugerir que el paciente intente la deposición hacia 1 hora después de una comida y que se quede en el baño una cantidad adecuada de tiempo.</p> <p>d) Simulación del ambiente doméstico: Hacer que el paciente utilice el cuarto de baño en lugar de la cuña; si es posible; ofrecerle una cuña o un retrete portátil, si el paciente no puede usar el baño. Ayudarle a colocarse en el retrete o cuña si es necesario. Proporcionar intimidad (p. ejemplo, cerrar la puerta, correr las cortinas alrededor de la cama, poner la radio o TV para enmascarar los sonidos, disponer de un ambientador). Proporcionar comodidad (p. ejemplo, dar material de lectura como diversión) y seguridad (p. ejemplo hacer que disponga fácilmente de un timbre).</p>	<p>d) La intimidad y la sensación de anormalidad puede promover la relajación que favorece la deposición.</p>

<p>e) Colocarse adecuadamente: Ayudar al paciente a que se ponga en una posición sentado normal, semi-inclinado en el retrete, si es posible. Ayudar a que se ponga en la caña si es necesario, subiendo la cabeza de al cama hasta una posición de Fowler, elevada o hasta la elevación permitida. Recalcar la necesidad de evitar al tensión durante los esfuerzos de la deposición.</p>	<p>e) La colocación adecuada utiliza los músculos abdominales y al fuerza de la gravedad para ayudar en la deposición. La tensión puede activar la respuesta de Valsalva, que puede conducir a una reducción del gasto cardiaco⁸⁷.</p>
<p>4. Avisar al médico si los ruidos intestinales no retornan en 6 a 10 horas, o si la evacuación no retorna a los 2 ó 3 días aproximadamente.</p>	<p>4. La ausencia de sonidos intestinales puede indicar íleo paralítico, la ausencia de deposiciones puede iniciar obstrucción.</p>
<p>CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.</p>	<p>SIGNIFICADO CLÍNICO.</p>
<p>1. Patrones de evacuación en el pre y postoperatorio. 2. Estado abdominal. a) Distensión. b) Sonidos intestinales.</p>	<p>1. y 2. En el postoperatorio, la disminución de la motilidad GI puede ser el resultado de un trastorno de la inervación autónoma debida a estrés, manipulación quirúrgica del intestino, inmovilidad y los efectos de los medicamentos. Los patrones de evacuación preoperatorios y el estado abdominal postoperatorio sirven como criterios para valorar la función intestinal.</p>

⁸⁷ Ibidem SMITH . Pág. 540

NECESIDAD: DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Intolerancia a la actividad en relación con la limitación de la movilidad y debilidad secundaria a la anestesia, hipoxia tisular e insuficientes líquidos y nutrientes.

Objetivo.

La paciente aumentará su tolerancia a las actividades de la vida diaria, según se evidencia por lo siguiente: Deambulación progresiva y la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>1. Fomentar el progreso en el nivel de actividad del paciente en cada turno, según se indica.</p> <p>a) Dejar que primer cuelguen las piernas del paciente.</p> <p>b) Poner la cama en posición elevada y subir la cabecera de la cama.</p> <p>c) Aumentar el tiempo que pasa el paciente fuera de la cama en 15 minutos cada vez. Dejarle que establezcan una velocidad de deambulación cómoda y acordar el objetivo de distancia para cada turno.</p> <p>d) Animar al paciente a que aumente la actividad cuando el dolor esté en mínimo o después de que hagan efectos las medidas de alivio el dolor.</p>	<p>1. Un aumento gradual de la actividad permite al sistema cardiopulmonar del paciente volver a su estado preoperatorio sin una tensión excesiva.</p> <p>a) El dejar colgar las piernas ayuda a reducir al mínimo la hipotensión ortostática.</p> <p>b) El levantar la cabecera de la cama ayuda a reducir la tensión en la línea de sutura.</p> <p>c) El aumento gradual hacia objetivos realistas y mutuamente establecidas puede promover el cumplimiento y prevenir el ejercicio excesivo⁸⁸.</p>
<p>2. Aumentar las actividades de autocuidado del paciente desde</p>	<p>2. La participación del paciente en el autocuidado mejora su</p>

⁸⁸ Ibidem. SMITH DOROTH Pág. 471.

un autocuidado parcial a uno completo, según esté indicado.	funcionamiento fisiológico y reduce la fatiga por la inactividad y además mejora su sensación de autoestima y bienestar.
<p>3. Si el paciente no está progresando a al velocidad esperada o deseada:</p> <p>a) Tomar las constantes vitales antes de la actividad.</p> <p>b) Repetir la valoración de las constantes vitales después de la actividad.</p> <p>c) Repetir de nuevo después de que el paciente haya descansado durante 3 minutos.</p> <p>d) Valorar las respuestas anormales al aumento de al actividad. Disminución de la frecuencia del pulso. Disminución en la tensión arterial sistólica o ningún cambio. Excesivo aumento o disminución de la frecuencia respiratoria. Fracaso del pulso en volver cerca de la frecuencia de reposo 3 minutos después de interrumpir la actividad. Quejas de confusión ó vértigo</p>	<p>3. La tolerancia a la actividad depende de la capacidad del paciente de adaptarse a los requisitos fisiológicos del aumento de actividad, las respuestas fisiológicas inmediatas esperadas a la actividad son el aumento de la frecuencia y amplitud del pulso, el aumento de la tensión arterial sistólica y el respiratorias, después de 3 minutos, la frecuencia de reposo habitual del paciente. Los hallazgos anormales representan la incapacidad del cuerpo para satisfacer las demandas de oxígeno impuestas por alta actividad⁸⁹.</p>
4. Planificar períodos de descanso según el horario del paciente.	4. Los períodos de reposo regulares permiten al cuerpo conservar y restaurar la energía.
5. Identificar y fomentar el progreso del paciente. Mantener un registro del progreso, especialmente para un paciente que progrese lentamente.	5. El ánimo y la realización del progreso pueden darle al paciente un incentivo para el progreso continuado.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
1. Grado de progreso en la	2. y 2. La cirugía, el estado de dieta

⁸⁹ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 455.

<p>actividad. 2. Respuesta a la actividad.</p>	<p>absoluta y el dolor pueden comprometer la energía del paciente y su capacidad de participar en las actividades de la vida diaria. La paciente deberá demostrar un progreso constante en la actividad.</p>
--	--

**NECESIDADES: DE APRENDIZAJE
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

Potencial de alteraciones en el mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del cuidado de la zona operatoria, restricciones (dieta, actividad), medicamentos, signos y síntomas de las complicaciones y cuidados de seguimiento.

Objetivo.

Antes de egresar del hospital, la paciente tendrá la capacidad y disposición de aprender de su autocuidado y lo llevará al la práctica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.
1. Cuando sea adecuado, explicar y demostrar el cuidado de una herida quirúrgica no complicada. a) Lavado con agua y jabón. b) Cambios de vendaje usando una técnica.	5. Las heridas no complicadas tienen cerrados los bordes a las 24 horas y por tanto no requieren una técnica aséptica ni un vendaje; sin embargo, se puede poner un vendaje si la herida presenta riesgo de lesión.
2. Cuando sea adecuado, explicar y demostrar el cuidado de una herida quirúrgica, complicada: a) Técnica aséptica. b) Lavado de manos, antes y después de los cambios de vendaje. c) Evitar tocar la superficie interna del apósito manchando y tirarlo en una bolsa de plástico. d) Uso de pinzas estériles, si está indicado. e) Valoración de la herida –estado y drenaje-. f) Limpieza de la herida. g) Cuidado del tubo en T, si está indicado. h) Volver a poner el vendaje.	2. La técnica aséptica es necesaria para impedir la contaminación de la herida durante los cambios de apósito. El lavado de manos ayuda a impedir la contaminación de la herida y la propagación de la infección. El manejo y desecho adecuado de los apósitos contaminados ayudan a impedir la transmisión de la infección. Es necesaria una valoración diaria para evaluar la cicatrización y detectar las complicaciones ⁹⁰ .

⁹⁰ Ibidem. HOLLOWAY. Pág. 432

<p>3. Reforzar las restricciones de la actividad cuando esté indicado por ejemplo doblarse, levantar peso.</p>	<p>3. La evitación de ciertas actividades disminuye el riesgo de dehiscencia de la herida antes de que se produzca la formación de la cicatriz (generalmente después de 3 semanas).</p>
<p>4. Explicar la importancia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evitar las personas enfermas y las multitudes. b) Beber de 8 a 10 vasos de líquido al día. c) Mantener una dieta equilibrada. 	<p>4. La cicatrización de la herida requiere una óptima nutrición, hidratación y reposo, además de evitar las fuentes potenciales de infección.</p>
<p>5. Repasar con el paciente y la familia la finalidad, la dosis, la administración y los efectos secundarios de todos los medicamentos.</p>	<p>5. La comprensión completa puede ayudar a prevenir los errores en la administración de fármacos</p>
<p>6. Enseñar al paciente y a la familia que vigilen e informen de los signos y síntomas de las posibles complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Elevación persistente de la temperatura. b) Dificultad para respirar, dolor torácico. c) Cambio en las características del esputo. d) Aumento de la debilidad, fatiga, dolor o distensión abdominal. e) Cambios en la herida, por ejemplo, separación, drenaje inusual o aumento, aumento del enrojecimiento o inflamación. f) Dificultades para orinar, escozor al orinar; poliuria u orina turbia y de mal olor. g) Dolor, inflamación, y calor en la pantorrilla. h) Otros signos y síntomas de complicaciones específicas al procedimiento quirúrgico realizado. 	<p>7. La detección precoz y el informe de signos y síntomas de peligro posibilita la rápida actuación para reducir al mínimo la gravedad de las complicaciones⁹¹.</p>

⁹¹ Ibidem GAUNTLETT. Pág. 344.

7. Siempre que sea posible, dar instrucciones específicas al procedimiento quirúrgico realizado.	7. Las instrucciones escritas proporcionan un recurso de información para su uso en casa.
8. Evaluar la comprensión del paciente y la familia de la información dada.	8. Las <<lagunas>> de conocimiento pueden indicar la necesidad de que se remita la asistencia domiciliaria.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DIRIGIDA.	SIGNIFICADO CLÍNICO.
1. La disposición y capacidad de aprender y retener la información.	1. La paciente o la familia que fracase en el logro de los objetivos de aprendizaje requiere ser remitido para ayuda después del alta.

V. EVALUACIÓN.

Al llevar a cabo los planes de cuidados e implementar los diagnósticos de enfermería a pacientes post-operados de Histerectomía Total Abdominal, se realiza también los criterios para la valoración dirigida, los que determinan la evaluación en la cual interviene también la familia del paciente, esto con el fin de que las actividades realizadas por la enfermera encargada del caso sea un éxito y por lo tanto, un logro ante los objetivos planteados; lo que conlleva que el paciente sea remitido oportunamente a su vida diaria.

CONCLUSIONES.

En base a la investigación documental realizada y a la experiencia en la práctica profesional se realizan las siguientes conclusiones:

- ✓ El personal de enfermería destinado al Área de Recuperación debe estar ampliamente capacitado para detectar rápida y oportunamente cualquier problema o complicación post-operatoria.
- ✓ El área de recuperación debe estar equipada con el material y equipo adecuado para que en caso de urgencias se actúe con prontitud.
- ✓ Es importante que el personal de enfermería no descuide el aspecto psicológico del paciente post-operado, ya que ha recibido una agresión, además de encontrarse en un medio ajeno y desconocido.
- ✓ El personal de enfermería deberá conocer los procedimientos quirúrgicos más comunes que se realizan, así como los planes de cuidados de enfermería a ejecutar.
- ✓ El personal de enfermería de recuperación debe conocer las posibles complicaciones en un post-operatorio inmediato para actuar con anticipación y evitarlos.
- ✓ La comunicación entre el personal del área y las relaciones interpersonales debe ser adecuadas para que actúen y trabajen en una fuerza unida en beneficio del paciente quirúrgico.
- ✓ Debe existir comunicación con los servicios anexos para que proporcione oportuna ya adecuadamente lo requerido en su recuperación.
- ✓ El personal médico y de enfermería deberá estar actualizado en procedimientos, normas de manejo y técnicas en el paciente post-operado.

- ✓ El contar con una guía de valoración a pacientes post-operados nos ayuda a brindarle al paciente una atención individualizada, sistemática, bien orientada, adecuada y sobre todo oportuna.
 - ✓ El establecer diagnósticos de enfermería en cualquier patología y/o enfermedad, nos ayuda a plantear las posibles complicaciones, así como los problemas potenciales (reales o posibles) que ellos presenten y saber cómo actuar en cada caso.
 - ✓ La intervención oportuna de enfermería y el fundamentar un plan de cuidados bien establecidos sobre una base científica nos da la pauta para una valoración y resolución bien dirigida a los problemas y necesidades detectadas en los pacientes post-operados.
-

BIBLIOGRAFÍA.

A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S. "Ginecología y Obstetricia". 3ª. edición. Ed. Méndez Editores México, D.F. (© 1997) p.p. 1029.

ALFARO, Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería". Edit. Doyma, Barcelona, España, 1989. p.p. 350.

ATKINSON, Lucy y Jo. Mary Louise Kohn. "Técnicas de Quirófano" 5a. ed. Tr. De Jorge A. Merino, México. Editorial Interamericana, 1986 (© 1981) p.p. 457.

BRUNNER, D. S. Suddart. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Vol. II. 4ª. ed. Editorial. Interamericana. México, 1988 (© 1988) p.p. 1507. CANALES, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, OPS/OMS México, 1986.

CARPENITO, Linda. "Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Editorial Interamericana, México, D. F. 1988 © p.p. 465.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo. "Teoría y práctica de la Administración de la Atención Médica y de los Hospitales". Editorial. La Prensa Médica Mexicana. México, 1972 (© 1970) p.p. 286.

FLYNN E. A. Mahoney. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial. Interamericana, México D.F. 1986. p.p. 212.

GAUNTLETT, Patricia y Myers, Judith. "Enfermería médico-quirúrgica". Vol. 12ª
Ed. Adaptación: Susana Salas y Ma. Teresa Alzaga, Edit.
Mosby-Doyna libres, Madrid España, 1995. p.p. 1180.

HENDERSON, Virginia. "Teoría de las 14 necesidades aplicadas al paciente hospitalizado". Apuntes mimeografiados utilizados en el Programa de educación permanente para profesores de enfermería, León, Gto., México, 1988.

HOLLOWAY. "Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial.
Dogma España., 1990 (©1989) p.p. 536

JONATHAN, L. Benumof. "Clínicas de Anestesiología de Norteamérica". Tr. De
W. B. Saunders México, Ed. Interamericana, 1989
(©1989). p.p. 409.

KING, Image; "Enfermería como profesión filosófica, principios y objetivos". Ed.
LIMUSA, México, 1989. p.p. 360.

KOZIER, Bárbara. "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas". 2ª.
edición. Editorial. Interamericana México 1989 (© 1989).
p.p. 1182 .

MARRINER, Ann "El proceso de atención de enfermería con un enfoque científico". Traducción de la 2ª. Ed. Dr. Alfonso Téllez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México, D. F. 1990.

MARRINER, Ann. "Modelos y Teorías de Enfermería". Rol. Barcelona, España,
1989.

MONDRAGÓN Castro, Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada". 4ª. ed. Editorial Trillas. México, DF, 1995. (© 1982); p.p. 823.

PATRICIA W. IYER, Bárbara J. Taptich. "Proceso de enfermería y Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Ed. Interamericana, México D. F. 1989 (©1986) p.p. 325.

PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering. "Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétrico". 7ª. ed. Editorial. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. 1997© 1976. p.p. 1535.

SMITH, Doroth "Cuidados de Enfermería para Adultos". 2ª. ed. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962) p.p. 82.

SMITH, Germán "Enfermería Médico-Quirúrgica". 3ª. ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962). p.p.1078.

Anexos

ANEXO 1.

GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL CASO CLÍNICO.

Histerectomía total abdominal por miomatosis uterina.

A). ANATOMÍA DEL ÚTERO.

El útero es un órgano muscular hueco de pared gruesa que se localiza (en la mujer núlpara) entre la vejiga y el recto:

- a) ~~Las fibras musculares lisas de la pared uterina se encuentran~~ dispuestas en todas las direcciones, permitiendo al útero expandirse y comprimirse hacia abajo (durante las contracciones) en todas las direcciones. Durante el embarazo existe una hipertrofia considerable de estas fibras musculares.
- b) Entre las capas musculares se encuentran los vasos sanguíneos, los nervios y los linfáticos.
- c) Existe un gran aporte sanguíneo, el que aumenta durante el embarazo.
- d) Los nervios simpáticos producen contracciones musculares y vasoconstricción, los nervios parasimpáticos inhiben las contracciones y permiten frecuencia y sin molestia alguna, pero las contracciones uterinas leves con bastante frecuencia y sin molestia alguna, pero las contracciones intensas producen calambres, los cuales pueden llegar a ser muy intensos. La dilatación del conducto cervical produce contracciones que se sienten a manera de calambres.
- e) Se producen contracciones uterinas leves con bastante frecuencia y sin molestia alguna, pero las contracciones intensas producen calambres, los cuales pueden llegar a ser muy intensos. La dilatación del conducto cervical produce contracciones que se sienten a manera de calambres.

- f) El cuello uterino, la porción más inferior del útero tiene forma cilíndrica cuando está en constricción, dilatándose durante el parto.
- g) El útero se encuentra revestido por una mucosa que se denomina endometrio; el útero está suspendido y se mueve libremente. Se encuentra fijado por tres grupos de ligamentos (el ancho, el redondo y el uterosacro) y por el suelo pélvico. La pared anterior del útero se encuentra conectada a la vejiga por una capa de tejido conjuntivo.
- h) Normalmente la posición del útero es en antroversión, pero esta posición varía de acuerdo con la posición que se adopte y el tamaño de la vejiga y del recto⁹².

Segmento y relaciones.

El fondo es la parte redonda del útero y se halla por encima y delante del plano de los orificios de las trompas uterinas.

El cuerpo es la porción principal del útero y se extiende hacia abajo y atrás hasta el estrechamiento llamado ístmo. Se distinguen dos caras y dos bordes. La cara vesical se halla separada de la vejiga urinaria por delante y por debajo por el fondo del saco vesicouterino. La cara intestinal está separada del colon sigmoide, situado encima y detrás, por el fondo del saco uterorrectal, que habitualmente contiene algunas asas de ileón. Los bordes derecho e izquierdo se relacionan con los respectivos ligamentos anchos y con las formaciones contenidas entre las dos hojas de dichos ligamentos.

El ístmo es la parte más estrecha del útero aproximadamente 1 cm menos de longitud. Durante el embarazo es absorbido por el cuerpo y con frecuencia es considerado por los tocólogos como <<segmento inferior uterino>>. Las membranas fetales no se adhieren firmemente a él. Histológicamente es parecido al cuerpo, pero presentan algunas diferencias en su musculatura, epitelio y

número de glándulas. Los cambios que se presentan en el istmo durante la menstruación no son tan notables como los observados en el cuerpo.

La cérvix se extiende hacia abajo y atrás desde el istmo hasta el orificio vaginal. Es la porción más movable del útero y se halla dividida en dos partes por la pared anterior de la vagina, a cuyo través pasa. La porción vaginal penetra en la vagina. Su capacidad comunica con la vaginal por el orificio del útero (llamado antes orificio externo), pequeña depresión en la nulípara, pero que en las mujeres que han tenido hijos es de mayor calibre y de contorno más irregular. En el orificio se distinguen los labios anterior y posterior, que suelen alcanzar la pared vaginal posterior.

La cavidad del útero es amplia hacia arriba, en la entrada de las trompas uterinas, pero gradualmente disminuye de anchura a medida que se extiende hacia el istmo.

En la sección sagital aparece muy angosta, porque las dos paredes contactan.

El conducto de la cérvix es más estrecho en sus extremos que en su parte media. En las paredes anterior y posterior se distingue un pliegue o cresta longitudinal, del cual irradian oblicuamente los llamados pliegues palmeados, dispuestos en forma tal que los de la pared anterior no se oponen a los de la pared posterior, sino que encajan uno con otros y cierran el conducto. Tienden a desaparecer después del embarazo, la cavidad del útero y el conducto de la cérvix pueden ser observados radiográficamente tras la introducción, por vía vaginal de material radiopaco suficiente (histerosalpingografía).

B). FISIOLÓGIA DEL UTERO.

⁹² Ibidem MONDRAGÓN. Pág 121.

El útero es el órgano en el cual el óvulo fecundado anida, se desarrolla y es nutrido hasta el momento de nacer. La cavidad del útero y la de la vagina, situada caudalmente, constituyen en conjunto el llamado conducto del parto, a través del cual pasa el feto al término del embarazo. Las trompas uterinas se abren en la parte superior de la cavidad uterina. La forma griega del útero es hystera. El prefijo hister (se utiliza en diversas palabras).

La forma, tamaño, situación y estructura del útero son variables. Estas variaciones dependen de la edad, y de otras circunstancias, tales como la gestación.

En la mujer nulípara las paredes del útero son gruesas y musculares. El ~~órgano en conjunto tiene cierta semejanza con una pera invertida~~, cuyo extremo disminuye el calibre y se dirige hacia abajo y atrás formando un ángulo de algo más de 90° con la vagina (ángulo de anteversión). El útero se halla en la pelvis y en su eje longitudinal coincide aproximadamente con el de la abertura pélvica superior. No suele hallarse situado exactamente en el plano medio, sino ligeramente inclinado a un lado o a otro, en general el derecho; de ordinario ligeramente torcido, sin embargo, su posición no es fija, y cambia fácilmente según el grado de distensión de la vejiga urinaria, la cual se halla por debajo y delante, y con el grado de dilatación del recto, dispuesto por encima y detrás. El útero mide aproximadamente 7,5 cms. de longitud, 5 cms. de anchura en su parte superior y 2,5 cms. de espesor. Se distinguen en el mismo el fondo, el cuerpo, el istmo y el cuello⁹³.

Segmentos y relaciones.

El fondo es la parte redondeada del útero y se halla por encima y delante del plano de los orificios de las trompas uterinas.

⁹³ Ibidem MONDRAGÓN. Pág. 265.

El cuerpo es la porción principal del útero y se extiende hacia abajo y atrás hasta el estrechamiento llamado istmo. Puede ser palpado por el método bimanual. Se distinguen dos caras y dos bordes. La cara vesical se halla separada de la vejiga urinaria por delante y por abajo del fondo del saco vesicouterino. La cara intestinal está separada del colon sigmoide, situado encima y detrás, por el fondo del saco uterorrectal, que habitualmente contienen algunas asas de ileon. Los bordes derecho e izquierdo se relacionan con los respectivos ligamentos anchos y con las formaciones contenidas entre las dos hojas de dichos ligamentos.

El istmo es la parte más estrecha del útero y mide aproximadamente 1 cm o menos de longitud. Durante el embarazo es absorbido por el cuerpo y con frecuencia es considerado por los tocólogos como <<segmento inferior uterino>>. Las membranas fetales no se adhieren firmemente a él. Histológicamente es parecido al cuerpo, pero presentan algunas diferencias en su musculatura, epitelio y número de glándulas. Los cambios que se presentan en el istmo durante la menstruación no son tan notables como los observados en el cuerpo.

La cérvix se extiende hacia abajo y atrás desde el istmo hasta el orificio vaginal. Es la porción más móvil del útero y se halla dividida en dos partes por la pared anterior de la vagina, a cuyo través pasa. La porción vaginal se halla separada de la vejiga urinaria, por delante, por tejido conectivo, laxo y por detrás del recto, por el fondo del saco uterorrectal. Lateralmente se relaciona con el uréter y la arteria uterina. La porción vaginal penetra en la vagina. Su cavidad comunica con la vaginal por el orificio del útero (llamado antes orificio externo), pequeña depresión en la nulípara, pero en las mujeres que han tenido hijos es de mayor calibre y de contorno más irregular. En el orificio se distinguen los labios anterior y posterior, que suelen alcanzar la pared vaginal posterior.

La cavidad del útero es amplia hacia arriba, en la entrada de las trompas uterinas, pero gradualmente disminuye la anchura a medida que se extiende hacia

el istmo. En la sección satigal aparece muy angosta, porque las dos paredes contacto.

El conducto de la cérvix es más estrecho en sus extremos que en su parte media. En las paredes anterior y posterior se distingue un pliegue o cresta longitudinal, del cual irradian oblicuamente los llamados pliegues palmeados, dispuestos en forma tal que los de la pared anterior no se oponen a los de la pared posterior, sino que encajan unos con otros y cierran el conducto de la cérvix pueden ser observados radiográficamente tras la introducción por vía vaginal de material radiopaco suficiente (histeosalpinografía)⁹⁴.

Posición

En la adulta se halla generalmente en anteversión. En esta posición se dirige hacia arriba y adelante desde el extremo superior de la vagina, en un ángulo de unos 90°. Es corriente también la anteflexión, esto es, que el cuerpo se halla flexionado hacia abajo en su unión con el istmo. Estas posiciones se alteran fácilmente, en especial durante la distensión de la vejiga urinaria o del intestino. Cuando la vejiga está llena el útero se extiende hacia arriba y atrás. En algunas mujeres el útero se halla en retroversión aun cuando la vejiga esté vacía; el cuerpo puede también dirigirse hacia atrás a partir del istmo (retroflexión).

Ligamentos y relaciones peritoneales.

Un buen medio de fijación del útero son sus relaciones con la vagina., indirectamente otras formaciones próximas tales como el recto, la vejiga urinaria, el diafragma pelviano y la pelvis ósea también contribuyen a mantenerlo en posición.

El peritoneal se refleja de la cara anterior de la vejiga al istmo uterino y entonces se aplica a la cara vesical del cuerpo. Esta reflexión forma el fondo del

⁹⁴ RUIZ MJA, RODRIGUEZ EC, Marquez TJF. "Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar". Gin Obst Mex 1982;50:29

saco vesicouterino. Tras haber recubierto el fondo uterino, el peritoneo se extiende caudalmente por la cara intestinal del cuerpo y por el dorso de la cérvix y parte superior de la vagina, desde donde se refleja para disponerse por delante del recto. Esta reflexión forma el que se ha denominado fondo de saco uterorrectal.

El ligamento ancho, se forma en el borde lateral del útero por dos hojas de peritoneo que cubren las caras vesical e intestinal y se extienden hasta la pared lateral de la pelvis. Las dos hojas se continúan una con otra cranealmente, incluyendo la trompa uterina. En las proximidades del útero están aplicadas mutuamente, pero divergen hacia fuera y abajo. La hoja anterior se dirige hacia delante y se continúa con el peritoneo que cubre y se continúa con el peritoneo que cubre el suelo y la pared lateral de la pelvis., la hoja posterior se dirige hacia atrás de la cérvix, constituyendo el pliegue uterorrectal. Este pliegue forma el límite extremo del fondo del saco uterorrectal y después de cruzar el lado del recto, alcanza la pared posterior de la pelvis. El plano del ligamento ancho varia con la posición del útero.

La mesosalpinge es la parte del ligamento ancho comprendida entre la trompa uterina y la línea a lo largo de la cual se constituye el mesovario. Además de las ramas de los vasos ováricos y uterinos contienen dos formaciones llamadas epoóforo y paraoóforo. El mesometrio es la parte de ligamento ancho caudal a la mesosalpinge mesoovario.

El ligamento ancho se forma en el borde lateral del útero por dos hojas de peritoneo que cubren las caras vesical e intestinal y se extienden hasta la pared lateral de la pelvis. Las dos hojas se continúan una con otra cranealmente, incluyendo la trompa uterina. En las proximidades del útero están aplicadas mutuamente, pero divergen hacia fuera y abajo. La hoja anterior se dirige hacia delante y se continúa con el peritoneo que cubre y se continúa con el peritoneo que cubre el suelo y la pared lateral de la pelvis, la hoja posterior se dirige hacia atrás de la cérvix, constituyendo el pliegue uterorrectal. Este pliegue forma el límite

extremo del fondo del saco uterorrectal y después de cruzar el lado del recto, alcanza la pared posterior de la pelvis. El plano del ligamento ancho varía con la posición del útero.

La mesosalpinge es la parte del ligamento ancho comprendida entre la trompa uterina y la línea a lo largo de la cual se constituye el mesovario. Además de las ramas de los vasos ováricos y uterinos contiene dos formaciones llamadas epoóforo y paroóforo. El mesometrio es la parte del ligamento ancho caudal a la mesosalpinge mesoovario.

El ligamento ancho comprende entre sus dos hojas tejido conectivo laxo y músculo liso; este conjunto es llamado parametrio. En el punto donde se unen las dos hojas (cerca del útero y cerca de las trompas) el parametrio es escaso, pero hacia abajo y afuera las hojas divergen y es más abundante. El ligamento ancho contiene también la trompa uterina, el ligamento ovárico, parte del ligamento redondo, la arteria y venas uterinas, del plexo nervioso uterovaginal y parte del uréter.

El ligamento redondo es un cordón aplanado, estrecho, de tejido fibroso, que se inserta en el útero inmediatamente por delante del origen de la trompa. Contiene tejido muscular liso en las proximidades de su inserción. Después de dirigirse hacia fuera y adelante, cruzan la arteria umbilical y los vasos ilíacos externos, forma un codo alrededor de la arteria epigástrica inferior y pasa por el conducto inguinal para perderse en el tejido subcutáneo de los labios mayores. En el feto, una prolongación tubular del peritoneo, proceso vaginal, acompaña al ligamento redondo inguinal. Esta prolongación persiste a veces en el adulto⁹⁵.

La fascia visceral de la pelvis se halla considerablemente engrosada en el lado de la cervix y vagina, y contiene numerosas fibras musculares lisas. Parte de

este engrosamiento se dirige hacia fuera hasta unirse a la hoja superior del diafragma pélvico y es llamada ligamento cervical lateral (o transverso) o ligamento cardinal. La arteria uterina corresponde a su cara superior. El resto de este engrosamiento se dirige hacia atrás por el pliegue rectouterino y se inserta por delante del sacro, constituyendo el ligamento uterosacro, el cual puede ser palpado desde el recto.

Estructura.

El útero consta de tres capas:

1. La mucosa o endometrio difieren en estructura según la fase del ciclo menstrual; también varía durante el embarazo. Está tapizada por un epitelio simple cilíndrico y contiene numerosas glándulas que atraviesan todo el espesor de la lámina propia y estroma endometrial. Cuando un óvulo no es fecundado, la ovulación va seguida de la menstruación, fenómeno que se producen cada tres a cinco semanas y que con una disminución en el nivel de estrógenos y progesterona.
2. La capa muscular o miometrio, compuesta de músculo liso, forma la mayor parte de la pared uterina. El funcionamiento normal de la musculatura uterina durante el parto es tan importante que éste se desarrolle normalmente, como la forma de la pelvis ósea y el tamaño de la cabeza fetal. La capa muscular se continúa hacia arriba, con la de las trompas uterinas y con la vagina por abajo. Fascículos musculares lisos de su zona superficial se continúan en varios ligamentos insertos en el útero. Su porción profunda contienen numerosos vasos sanguíneos y nervios. En el istmo y en la cérvix existen relativamente menos tejido muscular y más tejido fibroso que en el cuerpo y en fondo . la serosa o perimetrio está formada por el peritoneo y se halla firmemente adherida al fondo y al cuerpo, excepto en los bordes laterales, en el dorso de la cérvix, la adherencia es muy difícil.

⁹⁵ Ibidem. MONDRAGÓN Pág. 123.

Vascularización sanguínea.

Las arterias uterinas proporcionan la principal irrigación sanguínea del útero. Cada arteria se dirige hacia dentro por la cara superior del ligamento cervical lateral. Al aproximarse a la cervix origina una rama que irriga esta estructura y a la parte superior de la vagina, después se dirige hacia arriba, entre las hojas del ligamento ancho, próxima a los bordes del cuerpo y ascienden por ellos emitiendo ramas para ambas caras del cuerpo. Las arterias uterinas aumentan considerablemente de diámetros durante el embarazo, después del parto son sinuosas.

~~La sangre retorna del útero por los plexos venoso que siguen la arteria uterina. Entre los sistemas portal y general se establecen importantes anastomosis por medio de venas que, situadas bajo el donde del saco uterorrectal conectan los plexos venoso uterinos con la vena hemorroidal superior.~~

Drenaje linfático.

Los vasos linfáticos del fondo y de la parte superior del cuerpo desembocan en los ganglios lumbares (o aórticos); los de la parte inferior del cuerpo, en los ganglios iliacos externos, y los de la cervix, en los ganglios iliacos externo, iliacos internos y sacros. Algunos vasos de la región del útero próxima a la penetración de la tropa acompañan el ligamento redondo y desembocan en los ganglios inguinales superficiales.

Inervación.

El útero reciben fibras autónomas y sensitivas por la vía de los plexos uterovaginales que siguen a lo largo de las arterias uterinas; a pesar de lo extenso de estos plexos es dudoso que los nervios intervengan en importantes funciones uterinas. El útero es insensible a la mayoría de estímulos, pero puede ser doloroso cuando se tira la cervix con una pinza o es dilatado. Algunos trastornos uterinos son, sin embargo, doloroso y no son raros los dolores pélvicos en algunas fases

del ciclo menstrual se ha comprobado que las fibras correspondientes ascienden y penetran en la médula espinal por los nervios esplacnicos lumbares. La resección del plexo hipogástrico superior ha sido preconizada para aliviar los dolores intensos.

C). HISTORIA NATURAL DE LAS INFECCIONES POSTQURURGICAS EN PACIENTES POST-HISTERECTOMÍA TOTAL ABOMINAL.

a) Efecto del embarazo sobre los fibromas.

El embarazo representa sobre los fibromas al:

- Favorecer el crecimiento de los mismos por efecto hormonal (estrógenos) durante la gestación.
- Favorece la degeneración de los miomas, que pueden ser de 3 clases: Hialina, grasa y sarcomatosa.
- Involucionar su tamaño durante el puerperio.

D). TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL⁹⁶.

CONCEPTO.

Es la extirpación del útero y anexos a través de una incisión abdominal con abertura de la cavidad peritoneal ya sea parcial o total.

INSTRUMENTAL.

- ❖ Charola de Mayo, acero inoxidable.
- ❖ 2 pinzas de anillos recta de 24 cms.
- ❖ 2 pinzas de anillos curvos de 24 cms.
- ❖ 1 porta agujas de Mayo Hegar de 26 cms.
- ❖ 1 porta agujas de Mayo Hegar de 20 cms.

- ❖ 2 tijeras de Metzembaun curva y recta de 25-28 cms.
- ❖ 2 tijeras de Mayo recta y curva de 14 cms.
- ❖ 1 tijera de mayo recta y curva de 14 cms.
- ❖ 1 tijera de Mayo noble de 17 cms.
- ❖ 8 pinzas de Allis de 18 cms.
- ❖ 4 pinzas de Allis recta de 25 cms.
- ❖ 2 pinzas de Babcock recta de 20.5 cms
- ❖ 4 pinzas de Rochester curvas de 20.5 cms.
- ❖ 4 pinzas de Rochester Osnher curvas de 20.5 cms.
- ❖ 4 pinzas e Rochester Osnker rectas de 18 cms.
- ❖ 4 pinzas de Heany de 21 cms.
- ❖ 4 pinzas de Helpy curvas.
- ❖ 12 pinzas de campo erinas.
- ❖ 12 pinzas de crille curvas.
- ❖ 1 pinza de disección con dientes de 25 cms.
- ❖ 1 pinza de disección sin dientes de 25 cms.
- ❖ 1 pinza de disección sin dientes de 25 cms.
- ❖ 1 pinza de disección con dientes de 15 cms.
- ❖ 1 pinza de disección sin dientes de 15 cms.
- ❖ 1 pinza de disección de Duval de 20 cms.
- ❖ 2 mangos de bisturí No. 3 y 4.

Soluciones.

- ❖ Fisiológicas.
- ❖ Isodine solución.
- ❖ Isodine espuma.
- ❖ Merthiolate.

Aparatos.

- ❖ Aparato de anestesia.
- ❖ Aspirador.

⁹⁶ Ibidem ATKINSON Pág. 450

- ❖ Mesa quirúrgica.
- ❖ Baumanómetro.
- ❖ Lámpara de techo.

Ropa.

- ❖ 1 bulto de cirugía general.
- ❖ 1 sabana de pubis extra.
- ❖ Compresas.
- ❖ 2 pinzas de Pozy.
- ❖ 2 válvulas doylene c/hoja de 10 X 4.5 y 6 X 4 cms.
- ❖ 1 separador de Sullivan con 3 válvulas.
- ❖ 2 separadores de farabeuf de 13 cms.
- ❖ 1 vaso de asepsia.
- ❖ 1 cánula Yancakuer.

Extra.

- ❖ Equipo e bloqueo.
- ❖ 1 caja de corte.
- ❖ 1 equipo de aseo.
- ❖ Jeringa de asepto.
- ❖ Tubo aspirador.
- ❖ Set de agujas.

Suturas.

- ❖ Catgut crómico de 1 /6 paquetes).
- ❖ Catgut crómico del 0 (2 paquetes).
- ❖ Catgut simple 2/0 libre.
- ❖ Vicryl del 1 (2)
- ❖ Seda libre del 1.
- ❖ Seda libre del 2/0
- ❖ Dermalón del 2/0.

Material de consumo.

- ❖ Guantes del No. 7 y 7.5

- ❖ Hojas de bisturí No. 10 y 20.
- ❖ Gasa quirúrgica c/m y s/m.
- ❖ Catéter epidural.
- ❖ Sonda Foley No. 14.
- ❖ Tela adhesiva.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

Posición del paciente: Decúbito dorsal.

CIRUJANO	ENFERMERA QUIRÚRGICA.
<input type="checkbox"/> Incisión media infraumbilical disecando piel.	<input type="checkbox"/> 1er mango bisturí No. 4 Bard Parker hoja 23
<input type="checkbox"/> Incisión de tejido celular subcutáneo.	<input type="checkbox"/> 2do. Mango bisturí 3 hoja 10.
<input type="checkbox"/> Separación de los bordes de herida, pinza e incisión de aponeurosis, prolongación de incisión de abajo hacia arriba.	<input type="checkbox"/> Separadores Farabeuf, tijera Metzemaum curva, 2 pinzas Crille o Kelly.
<input type="checkbox"/> Disección digital del músculo recto del abdomen digitalmente para exponer peritoneo parietal.	
<input type="checkbox"/> Se refieren bordes del peritoneo parietal.	<input type="checkbox"/> 2 pinzas Crille o Kelly
<input type="checkbox"/> Se incide peritoneo en forma de ojal, se retiran las pinzas de Crille o Kelly, y continúa la incisión hacia los ángulos de la herida.	<input type="checkbox"/> Tijeras Metzemaum curva.
<input type="checkbox"/> Se introduce la compresa par el rechazo de vísceras para visualizar útero.	<input type="checkbox"/> Compresas húmedas, pinza Forester, valva del separador.
<input type="checkbox"/> Se acomoda el separador para el rechazo de vísceras para visualizar útero.	<input type="checkbox"/> 2 compresas secas, una a una las valvas del separador.
<input type="checkbox"/> Se sostiene el útero para una mejor movilización de la pinza.	<input type="checkbox"/> Pinza Pean Rochester.
<input type="checkbox"/> Se pinza en su inserción con el	<input type="checkbox"/> 2 pinzas Pean Rochester curvas.

<p>útero, los ligamentos redondos.</p> <p><input type="checkbox"/> Ligadura por transfixión de los ligamentos redondo, se cortan cabos de sutura.</p>	<p><input type="checkbox"/> Porta agujas Mayo Hegar, catgut crómico del No. 1, pinza de disección sin dientes, tijera Mayo recta.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se pinza el ligamento útero-ovárico y se incluye la salpinge y arteria ovárica, se corta entre las dos pinzas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dos pinzas de Heany curvas, pinza disección sin dientes, tijera metzembam curva.</p>
<p><input type="checkbox"/> Por trasfixión se ligan el ligamento anterior ya seleccionado y se cortan cabos.</p> <p><input type="checkbox"/> Se efectúa el mismo procedimiento del lado contrario del útero.</p>	<p><input type="checkbox"/> Catgut crómico del no. 1, porta agujas Mayo Heagar, pinza disección sin dientes, tijera Mayo recta.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se pinza el ligamento ancho y se secciona.</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 pinzas Heany, pinza disección sin dientes larga, tijera Metzembbaum curva larga.</p>
<p><input type="checkbox"/> Por transfixión, se ligan el ligamento ancho ya pinzado y seccionado, se cortan cabos de sutura.</p>	<p><input type="checkbox"/> Porta agujas Mayo Heagar, catgut crómico del No. 1, pinza de disección sin dientes, tijera mayo recta.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se pinza arteria y vena uterina.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dos pinzas Rochester curvas, tijera Metzembbaum larga, pinza disección sin dientes.</p>

CIRUJANO	ENFERMERA QUIRÚRGICA.
<p><input type="checkbox"/> Se pinza arteria y vena uterina.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dos pinzas Rochester curvas, tijera Metzembbaum larga y pinza disección sin dientes.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se ligan y cortan la arteria y vena uterina, se cortan cabos de sutura.</p>	<p><input type="checkbox"/> Seda libre del No. 1 en pinza de disección sin dientes., tijera de Mayo recta.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se ligan los ligamentos cardinales de Mackerrot y se cortan entre pinzas. Se efectúa el mismo procedimiento al lado contrario.</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 pinzas Heany, 1 pinza disección sin dientes larga, tijera Metzembbaum curva.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se ligan por transfixión los ligamentos ya seccionados y se refieren.</p>	<p><input type="checkbox"/> Catgut crómico del número 1, porta agujas Mayo Heagar, pinza de disección sin dientes larga.</p>
<p><input type="checkbox"/> Se refieren el catgut sobrante de la ligadura de los Mackenrot, o llamados también cardinales. Se</p>	<p><input type="checkbox"/> Pinza Kelly curva.</p>

efectúa el mismo procedimiento del lado contrario.	
<input type="checkbox"/> Se localiza el ligamento úterosacro, se pinza y se corta entre las dos pinzas.	<input type="checkbox"/> 2 pinzas Rochester curvas, y pinza disección larga, una tijera Metzembbaum curva.
<input type="checkbox"/> Se suturan los pedículos pinzados y cortan los cabos de sutura.	<input type="checkbox"/> Catgut crómico del No. 1, porta agujas Mayo Heagar, pinza de disección sin dientes, tijera de mayo recta.
<input type="checkbox"/> Se continúan disecando la parte del cuello hasta dejar un pequeño remanente.	<input type="checkbox"/> Tijera Metzembbaum curva larga.

INICIA TIEMPO SÉPTICO.

CIRUJANO	ENFERMERA QUIRÚRGICA.
<input type="checkbox"/> Se realiza disección hasta llegar al nivel deseado de la vagina y se va prolongando la incisión refiriendo con pinzas Allis largas. Se continúa la disección de la fascia alrededor del cuello y simultáneamente se va refiriendo con pinzas de Allis largas. Se disecciona por completo el útero y se entrega a la enfermera la pieza quirúrgica.	<input type="checkbox"/> Tijera Metzembbaum curva.
<input type="checkbox"/> Se deja la gasa en cavidad vaginal.	<input type="checkbox"/> Se presenta una gasa montada con pinzas Forester.
<input type="checkbox"/> Toma las suturas referidas de los ligamentos cardinales y sutura en un plano, para colpo que contiene parte terminal de los Mackerrot y los ángulos del cuello, corte de sutura.	<input type="checkbox"/> Porta agujas Mayo Heagar, pinza de disección con dientes y tijera de Mayo recta.

CIRUJANO	ENFERMERA QUIRÚRGICA.
<input type="checkbox"/> Sutura de peritoneo posterior, se revisa cavidad y se retira compresa y separador.	<input type="checkbox"/> Catgut crómico del No. 0, porta agujas Mayo Heagar y tijera de Mayo recta.
<input type="checkbox"/> Se retiran campos con una pinza, se acomodan campos limpios.	<input type="checkbox"/> Se presentan campos.
<input type="checkbox"/> Sutura de peritoneo parietal con	<input type="checkbox"/> Catgut crómico del No. 0 porta

súrgete continuo, se cortan cabos de sutura.	agujas Mayo Hegar, tijera mayo recta.
<input type="checkbox"/> Se separan los ángulos de herida quirúrgica, se sutura con puntos separados aponeurosis, posteriormente afrontamiento de tejido celular subcutáneo.	<input type="checkbox"/> Vicryl del no. 1, porta agujas de Mayo Heagar, tijera mayo recta y catgut crómico 2/0.
<input type="checkbox"/> Sutura de piel con puntos de Sarnof separados..	<input type="checkbox"/> Dermalón 3/0 con aguja T5, porta agujas Mayo Heagar, tijera Mayo recta
<input type="checkbox"/> Limpieza de herida.	<input type="checkbox"/> Gasas húmedas, secas y apósito.
<input type="checkbox"/> Se cubre herida.	<input type="checkbox"/> Aplicación de apósito, fijación del mismo y vendaje abdominal.
	<input type="checkbox"/> Con compresa húmeda, alcohol y solución salina se retira el excedente de iodine de la piel.
	<input type="checkbox"/> El instrumental se lava, seca y acoda en su respectiva charola y es llevada al servicio de CEYE para esterilizarlo.
	<input type="checkbox"/> Se deja la sala limpia y funcional para la siguiente cirugía ⁹⁷ .

⁹⁷ Ibidem. ATKINSON Pág. 476.

ANEXO NO 2.

Fecha	Actividades.	Observaciones.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordinación con el asesor para la selección del tema. ✓ Buscar bibliografía suficiente para investigación del caso clínico, hincando la recolección de datos e investigado por medio de la entrevista de enfermería. ✓ Recolección de fuentes bibliográficas para complementar antecedentes. ✓ Asesoría de revisión formal del proceso de enfermería, fichas de trabajo, generalidades de la patología, etapas del proceso, técnica quirúrgica, objetivos, y protocolo de investigación (borrador). ✓ Asesoría, revisión y orientación para la elaboración del diseño metodológico. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asesoría, revisión y orientación para la elaboración el plan de cuidados y de la aplicación del mismo. ✓ Asesoría, revisión para la aplicación de la valoración general a pacientes con HTA e implementar los diagnósticos de enfermería. ✓ Asesoría, revisión y orientación del cómo integral y formar las intervenciones de enfermería según el diagnóstico. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asistir revisión y orientación para revisar el análisis de datos. ✓ Elaboración de conclusiones y sugerencias. ✓ Tramite de elaboración a limpio para su revisión a los asesores para seleccionar la metodología positiva. ✓ Presentación del trabajo. ✓ Exposición y trámite de titulación. 	

**MEDICAMENTOS MAS COMUNES EN EL TRATAMIENTO DE CIRUGÍA A
POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL.**

	Ácido acetil salicílico.
--	--------------------------

La acción de la disprina es muy rápida, ya que al ser soluble los niveles sanguíneos alcanzan dos veces más rápido que con ácido acetil salicílico simple. Además, de la absorción de este analgésico y el vaciado gástrico también son dos veces más rápidos que con ácido acetil salicílico simple, disminuyendo la posibilidad de irritación gástrica.

Indicaciones.

Disprina, reumatismo, neuralgia, lumbago, ciática, dolor de cabeza, dismenorrea, resfriado, gripe, estados febriles: 1 a 3 tabletas c/4 horas.

Contraindicaciones.

Intolerancia a los salicatos. Úlcera gastroduodenal activa. Administrarse con precaución a enfermos en tratamiento con anticoagulante.

Reacciones secundarias.

Hipersensibilidad al fármaco. Problemas renales y hepáticos⁹⁸.

	Nubain
--	--------

Formula. Cada ml de solución acuosa de nubain contiene Clorhidrato de Nalbufinal 10 mg.

Acción.

Nubain es un analgésico sintético narcótico antagonista cuyo potencial analgésico equivale al de la morfina mg a mg. su acción analgésica se inicia 2 a 3 min, después de su aplicación I.V. y en menos de 15 minutos por vía I.M. o S. C. s efecto analgésico se prolonga hasta por 6 horas.

Indicaciones.

Dolor moderado a severo. Puede emplearse como analgésico preoperatorio. Como complemento en el tratamiento del dolor secundario a quemaduras u otros traumatismos, cólico renouretral, trombosis, vascular, insuficiencia coronaria y neoplasias.

Contraindicaciones.

Pacientes hipersensibles a la Nalfubina.

Reacciones secundarias.

Nubain, puede disminuir la capacidad mental o física, por lo que no se debe administrar a pacientes ambulatorios o que manejen maquinaria de precisión o de alto riesgo.

Dosis y administración.

La dosis usual para adultos es de 10 mg (un ampollita) por 70 kg corporal por vías S.C. I.V. ó I.M. Esta dosis puede repetirse cada 3 a 6 horas, según sea necesario. El antídoto específico de Nubain es Narcati (Clorhidrato de Naloxona), el cual debe administrarse de inmediato. I.V. deben administrarse además oxígeno, líquidos parenterales y vasopresores.

	Dofac.
--	--------

Analgésico no narcótico (Ketoroloco trometamina).

⁹⁸ Ibidem JONATHAN Pág. 427.

Forma farmacéutica y formulación.

Cada ml de solución inyectable contiene: Ketoroloco. Trometamina. . . 3 mg.
Vehículo C.B.P. . . 1 ml.

Indicación terapéutica.

Dolac administrado por vía intramuscular o intravenosa está indicado para el tratamiento del dolor cada 6 horas.

Farmacocinética y farmacodinamia en humanos.

Dolac es un analgésico no narcótico, inhibe la síntesis de prostaglandinas y está considerado como un analgésico que actúa periféricamente, ya que no tiene ningún efecto sobre los receptores de los opiáceos. Es un agente antiinflamatorio no esteroideo que muestra actividad antiinflamatoria y débil actividad antipirética.

Contraindicaciones.

Dolac no debe usarse en pacientes con úlcera péptica activa, no debe usarse en pacientes que hayan exhibido hipersensibilidad al ketoroloco trometamina, o en individuos con síndrome parcial o completo de pólipos nasales, angioedema, reactividad, bronespástica u otras manifestaciones alérgicas a la aspirina u otras drogas antiinflamatorias no esteroideas.

Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia.

No se recomienda el uso de Dolac durante el embarazo, el trabajo de parto o parto propiamente dicho. Tampoco se recomienda su uso en madres que estén amamantando.

Reacciones secundarias adversas (frecuencia entre 3 y 9).

- Gastrointestinales: Náuseas, dispepsias, dolor gastrointestinal.
- Sistema nervioso central: Somnolencia.
- Frecuencia entre 1 y 3%

- Gastrointestinales: Diarrea.
 - Sistema nervioso central: Mareo, cefalea, induración.
 - Cuerpo en general: Edema.
 - Frecuencia de 1% o menos.
 - Gastrointestinales: Estreñimiento, flatulencia, sensación de plenitud gastrointestinal, anomalías de la función hepática, úlcera péptica, sangrado rectal, estomatitis y vómito.
 - Cuerpo en general atonía miálgica.
 - Cardiovasculares: Vasodilatación, palidez.
 - Hematológico y linfático: púrpura.
 - Sistema nervioso central. Sequedad de boca.
-
- Nerviosismo, parestesias, pensamientos anormales, depresión, euforia, sed excesiva, incapacidad para concentrarse, insomnio, estimulación, vértigo.
 - Respiratorios: disnea, asma.
 - Urogenitales: Aumento en la frecuencia urinaria, oliguria.
 - Dermatológicas: Prurito, urticaria.
 - Sentidos especiales: Alteraciones gustativas y visuales.
 - Uso intramuscular: la dosis inicial recomendada a corto plazo del dolor es de 30 a 60 mg con dosis de carga, seguida por 15 a 30 mg cada 6 horas mientras sea necesario para controlar el dolor.
 - Uso intravenoso. Para el manejo a corto plazo del dolor se recomienda una dosis inicial de 30 mg si el alivio del dolor no es adecuado después de 30 minutos, puede administrarse una dosis de carga de 60 mg. la dosis de mantenimiento subsecuente de 30 mg puede administrarse cada 6 horas, según sea necesario para controlar el dolor.

	Dicloxacilina.
--	----------------

Fórmula. Cada ampola contiene: Dicloxacilina sódica monohidratada equivalente a 0.2500 g de dicloxacilina.

Indicaciones.

Específico contra estafilococo en pulmón, osteomielitis, septicemia, meningitis, endocarditis y abscesos.

Contraindicaciones.

Sensibilidad a la penicilina.

Reacciones secundarias.

Puede presentar reacciones alérgicas, depresión transitoria de médula ósea, nefrotoxicidad y erupciones cutáneas.

Vía de administración.

I.V.

Dosis Adultos.

De 500 a 1 gr c/6 hrs.

	Gentamicina.
--	--------------

Fórmula. Cada ampolleta contiene Sulfato de gentamicina equivale a 20 gr 80 mg de gentamicina base. Vehículo C.P.P. 2 ml.

Indicaciones.

Antibiótico bactericida de amplio espectro.

Precauciones.

No se recomienda la gentamicina durante el embarazo a menos que el médico lo juzgue conveniente.

Contraindicaciones.

Antecedentes de hipersensibilidad, uremia y disfunción renal grave, en cuyo caso la gentamicina sólo está indicada cuando la infección amenaza la vida del paciente.

Reacciones secundarias.

Reacciones cutáneas en caso de hipersensibilidad. El uso de este producto puede provocar disfunción vestibular en pacientes con función renal normal, en los casos de que no se sigan las instrucciones.

Administración y posología. (Intramuscular o intravenosa).

Pediátrico: 1 mg/kg de peso al día aplicando cada 8 a 12 horas. Adultos: pacientes con función renal normal. 1 mg/kg de peso cada 8 a 12 horas en infecciones graves de 3 a 5 mg/kg de peso cada 8 horas.

Duración del tratamiento.

En todos los casos de 7 a 10 días. En casos de que la prolongación del tratamiento fuera necesaria se recomienda hacer prueba de las funciones renales y auditivas.

	Amikacina.
--	------------

Fórmula. Ampolleta con Sulfato de Amikacina equivale a 500 mg. Excipiente C.B.P. 2.0 ml.

Descripción.

Es el primer aminoglucocido semisintético, cuyo espectro de actividad encontrará de gérmenes gramnegativos es significativamente superior al de cualquier antibiótico de esa clase. Su especialidad espectro antigramnegativo le permite erradicar cepas de pseudomonas, proteus, E. Coli, sensibles y resistentes a los aminoglucocidos.

Acción.

Bactericida frente a Seudomonas y otras especies, echerichia coli, proteno, indolpositivo y negativos, Klebsiella, enterobacter, sematio, citobacter sp, salmonella, shigella, y estafilocoo dorado.

Indicaciones.

Infecciones de vías respiratorias bajas, gastrointestinales urinarias, piel y tejidos blandos, bacteriemia, septicemia y shock séptico.

Precauciones.

Puede provocar alteraciones del equilibrio, sordera y/o lesiones renales. Debe ser usado con precaución en prematuros y recién nacidos, debido a su función renal en desarrollo y la posible prolongación de la vida media en el suero sanguíneo. Amikacina no debe ser mezclado físicamente con otros medicamentos administrados por separado de acuerdo a la dosis y vía de administración recomendada. No emplear Amikacina durante el embarazo.

Contraindicaciones.

Alergia a la Amikacina.

Acciones secundarias.

Tinnitus, vértigo, hipoacusia, oliguria, albuminuria, azotemia, prurito, fiebre medicamentosa, cefalea y parestesia. Reacciones de hipersensibilidad, erupciones cutáneas, toxicidad, y nefrotoxicidad.

Vía de Administración.

Intramuscular: para la mayoría de las inyecciones por gérmenes gramnegativos es la vía preferente intravenosa: en infecciones que amenazan la vida o a criterio del médico tratante deberá administrarse en solución salina normal o dextrosa al 5% en agua.

Penicilina G sol. Sódica cristalina

Fórmula farmacéutica y formulación. Cada frasco contiene Penicilina G. Sódica cristalina 1,000,000, 5,000,000 y 10, 0000 U.

Indicaciones.

Infecciones causadas por organismos susceptibles a la penicilina, amigdalitis, neumonía, bronconeumonía, meningitis bacteriana, abscesos, endocarditis, bacteriana, parodontitis, blenorragia, sífilis.

Contraindicaciones.

Personas hipersensibles a la penicilina.

Reacciones secundarias y adversas.

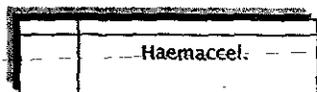
Al igual que con todas las penicilinas, puede presentarse reacciones alérgicas.

Dosis y vías de administración.

Adultos: infecciones leves y moderadas, 1 a 2,000,000 de U por vía intramuscular, dividida en tres dosis cada 8 horas. en niños 50 a 100.000 U/kg/día por vía intramuscular dividida en dos o tres dosis durante 5^a 6 días.

Infecciones severas o sistémicas.

5 a 25,000,000 de U cada 24 horas vía endovenosa, divididos en 6 a 12 fracciones cada 2 a 4 horas, durante un mínimo de 6 días. Se recomienda continuar con el tratamiento 3 días después de la remisión de los síntomas o de la fiebre⁹⁹.



Frasco en 500 ml. 1000 ml de Hedemacel. Polimerizado de gelatina desdoblada (equivalente a 6.3 g de contenido nitrógeno – 35 gr).

NaCl	8.5 gr
JCl	0.7 gr
Ca Cl	0.7 gr
Agua destilada estéril	1000 ml

Ventajas.

- Uso inmediato.
- No altera la tipificación del grupo sanguíneo.
- Se evitan reacciones de incompatibilidad y el uso de anticoagulante.
- Se evita la transmisión de enfermedades.
- No requiere refrigeración.
- Vigencia de 5 años a la temperatura ambiente.
- Vida media en el organismo 5-8 hrs. dependiendo del estado funcional del riñón.
- Mejora desde el principio la filtración glomerular.

- No tiene propiedades antigénicas.
- No altera los mecanismos hemostáticos.

Indicaciones.

Está indicado en la pérdida de volumen circulante para prevenir y tratar el estado de shock por hemorragia y pérdida de plasma por quemaduras y deshidratación en las alteraciones de la distribución sanguínea por alteraciones del tono vasomotor como sucede durante la anestesia general o raquídea, por lo que su uso está indicado en el transoperatorio y postoperatorio para mantener las condiciones circulatorias óptimas, estabilizando la P.V.C. llenado capilar, presión arterial, frecuencia cardíaca y ayudando a producir una diuresis ordenada.

Contraindicaciones.

- Estado de sobrecarga circulatorio.
- Reacciones secundarias.
- Escalofrío, eritema.

	Solución mixta.
--	-----------------

- Frascos con 1000 ml y 500 ml. Un litro de solución suministrada: 154 m eq. de ión sodio; 154 m eq. de ión cloro y 200 calorías.

Fórmula. Cada 100 ml. contiene:

Glucosa	5 gr
Cloruro de sodio.	8.9 gr.
Agua inyectable c.b.p.	100 ml

1 litro de solución suministra: 154 m eq. de ión sodio; 154 m eq. de ión cloro y 200 calorías.

⁹⁹ Ibidem GAUNTLETT. Pag 987.

Indicaciones.

Como es una solución mixta, está indicado en el pre y postoperatorio en vómitos para aumentar la diuresis o como vehículo en la administración de otros medicamentos como digital, antibióticos.

Contraindicaciones.

- Casos de acidosis.

	Solución glucosada al 5%
--	--------------------------

Fascos con 1000 ml y 500 ml.

Fórmula. Cada 100 ml. contiene:

Extrosa	5 gr
Agua inyectable c.b.p.	100 ml

Indicaciones.

Como fuente parenteral de calorías, en combinación con soluciones hidrolizadas de proteína o aminoácidos sintéticos y/o soluciones con grasas en hipoglucemia, deshidratación hipertónica.

	Solución Hartmann.
--	--------------------

- Fascos con 1000 ml y 500 ml.

Fórmula. Cada 100 ml. contiene:

Clorato de sodio	310 mg
Cloruro de sodio.	600 mgr.
Cloruro de potasio	20 mgr
Cloruro de Calcio	20 mgr
Agua inyectable c.b.p.	100 ml.

Indicaciones.

Pérdida de agua y base (sodio, potasio, calcio) acidosis y deshidratación por vómito, diarrea, fistulas, exudados, cirugía, traumatismos, quemaduras o choque.

Dosis.

Por vía intravenosa de acuerdo a las necesidades del paciente.

Precauciones.

No sobrecargar el aparato circulatorio. Usar con precaución en pacientes con disfunción renal, grave en procedimientos cardiopulmonares.

Contraindicaciones.

- Casos graves de alcalosis severa, hipercalemia.

Reacciones secundarias.

A dosis terapéutica se desconoce a la fecha¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Ibidem. JANATHAN. Pág. 863.