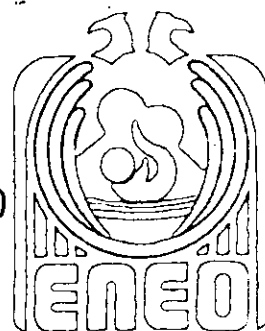




Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A:

UNA MUJER CON HISTERECTOMIA VAGINAL
RECONSTRUCTIVA POR NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
CERVICAL GRADO II MAS PROLAPSO UTERINO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GLORIA ARZATE IZQUIERDO

No. de Cuenta 6402195-9

México, D. F.

Septiembre del 2000

285316



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



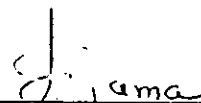
**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A:**

Una Mujer con Histerectomía Vaginal Reconstructiva por
Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II más Prolapso Uterino

Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta: Gloria Arzate Izquierdo
No. de Cuenta 6402195-9

Directora de Trabajo



Lic. en Enf. y Ped. Elia Aljama Corrales

México, D. F.

Septiembre del 2000

Para Ti Ross:

**Con Amor, por todo tu apoyo Espiritual,
moral y económico para llegar a mi
meta.**

Gracias

**A mis Hijos y sus parejas Rosy, Alex, Gaby
y Héctor con cariño.**

**A mis nietos Charly, Iván, Alex, Ross,
Frank, Gloria e Isacc antes de nacer. Que
sea un ejemplo de superación y lucha y dar
lo mejor de si mismos.**

**A mis compañeras: Que siempre nos
motivamos a terminar este eslabón.**

**Agradezco su apoyo y paciencia en cada
momento, a ti Maricela muy especial por
tu impulso a que lograra llegar hasta
aquí.**

A la ENEO-UNAM

Nunca olvidaré el recinto que me formó desde mi juventud.

Agradezco la facilidad que se nos otorgó al ser sede del curso de titulación, hasta este rincón del mundo, pero muy bello, Tapachula, Chiapas.

Al H. Jurado: Nunca olvidaré todo el apoyo que me brindaron para lograr a concluir una meta más para ser profesional.

A mi asesora Lic. Elia Aljama Corrales, por su sapiencia en la dirección de ésta, muchas gracias.

INDICE

Introducción

Objetivos

Metodología del Trabajo

I.- Marco Teórico	1
1.1.- Antecedentes Históricos de Enfermería	1
1.2.- Nociones acerca de las Teorías y Modelos	3
1.3.- Teoría de Virginia Henderson	5
1.3.1.- Conceptos	5
1.3.2.- Aplicaciones: Enfermera Paciente	6
1.4.- Reflexiones respecto al Proceso de Atención de Enfermería	7
1.5.- Conocimientos de otras disciplinas que apoyan al Proceso de Atención de Enfermería	18
1.5.1.- Anatomía y fisiología de los órganos sexuales	18
1.5.2.- Neoplasia intraepitelial Cervical Grado II	21
1.5.2.1.- Prolapso Uterino	21
1.5.3.- Etiología	22
1.5.4.- Signos y Síntomas	22
1.5.5.- Tratamiento Médico Quirúrgico	23
1.5.6.- Complicaciones	24
1.5.7.- Algunas consideraciones respecto al impacto sociocultural de la Histerectomía Vaginal, las Neoplasias y el Prolapso Uterino.	24
II.- Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, según el Modelo de Virginia Henderson: A una mujer con Histerectomía Vaginal Reconstructiva por Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II, más Prolapso Uterino.	26
2.1.- Valoración de las 14 necesidades básicas de nuestro caso.	29
2.2.- Presentación de los planes de cuidados.	32
2.3.- Planes de cuidados de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.	34

III.- Conclusiones	72
IV.- Sugerencias	74
V.- Glosario	75
Anexos	77
Referencias Bibliográficas de apoyo	98
Bibliografía General	99

INTRODUCCIÓN

El análisis de las bases y de los fundamentos teóricos de lo que ha sido y es Enfermería hasta nuestros días, me motiva a plantear éste trabajo, que presento como la elaboración y aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería.

Así pues menciono que han pasado muchos obstáculos y vivencias en mi profesión que me han inquietado, y una de ellas es atender a tantas mujeres con problemas ginecológicos en especial las que presentan una Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II, más Prolapso Uterino, ya que es un factor importante en el desarrollo y presencia del cáncer Cervico Uterino, el cual ocupa una de las tasas más altas de morbilidad en nuestra localidad (anexo 1 y 2).

Por lo anterior selecciono a una paciente del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social; en el Servicio de displasias con Diagnóstico confirmado de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II y Prolapso Uterino a la cual se le realizó Histerectomía Vaginal Reconstructiva.

Además de enriquecer mi profesión, contribuyo en lo más importante de un ser humano, aumentar su autoestima y favorecer la calidad de vida; ya que las enfermedades Neoplásicas se han vuelto una constante, que alcanza proporciones insospechadas, requiriendo de tratamiento temprano y oportuno y bajo el supuesto de Virginia Henderson que nos dice "Cada Individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud".⁽¹⁾

Las Neoplasias intraepiteliales cervicales son un problema de gran incidencia en la salud comunitaria, por lo que es necesario que el personal de salud favorezca una conciencia social de este problema creciente, promoviendo la salud y la participación de la comunidad.

En la actualidad las tecnologías han avanzado y permiten identificar este tipo de problemas de manera temprana y oportuna, haciendo factible su control y el mejoramiento en la calidad de vida de las mujeres.

⁽¹⁾ Virginia Henderson, La Naturaleza de la Enfermería, Edit. Interamericana Mc Grow-Hill, Barcelona, p. 37

OBJETIVOS

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, en un caso de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II con Prolapso Uterino y Tratamiento de Histerectomía Vaginal Reconstructiva, enfocándolo a la protección específica, limitación del daño y rehabilitación, para lograr una mejor atención a la afectada de acuerdo a los postulados de Virginia Henderson.

Incrementar la fuerza, la voluntad y el conocimiento que lleven a la mujer con Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II más Prolapso Uterino, con un diagnóstico de Histerectomía Vaginal Reconstructiva, a lograr el mayor grado de independencia en la satisfacción de sus necesidades.

METODOLOGÍA

Inicialmente se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el Proceso de Atención de Enfermería, con base en el modelo de Virginia Henderson, el cual constituye el marco teórico que sustenta este trabajo.

Cabe aclarar que estos conceptos centrales para el trabajo que a continuación presento; se enumeraron en la historia del cuidado y el desarrollo del pensamiento Enfermero. La metodología se aplicó a una mujer postoperada de histerectomía vaginal reconstructiva por Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II, más Prolapso Uterino.

La paciente fue seleccionada en el departamento de la Clínica de Displasias del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social y se trató quirúrgicamente en el servicio de quirófano de la misma unidad hospitalaria; cabe señalar que durante el periodo pre-trans y postoperatorio ha estado en permanente vigilancia y control, no solo hospitalario sino también en su domicilio. La selección, ejecución y evolución del padecimiento se llevó a cabo del 6 de junio al 6 de agosto del 2000.

Recursos Materiales:

- Libros
- Ficheros bibliográficos
- Computadora
- Máquina de escribir eléctrica y mecánica
- Impresora
- Formatos (Instrumentos de valoración) reestructurados en el seminario, plan de cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson y documentos institucionales (Expediente Clínico).

I.- MARCO TEORICO

1.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA

En las civilizaciones tradicionales, la mujer en su contacto con la naturaleza y por tanto más enterada de sus secretos, se acreditó no solo como pitoniza sino como curandera o bruja maléfica, a través de recetas misteriosas.

Existe un largo pasado milenario en que el misterio de la maternidad y aún más, el misterio de la fisiología femenina relacionada con los ciclos lunares han servido de hilo conductor de un conjunto de prácticas de cuidados.⁽²⁾

Las prácticas de cuidados se han elaborado alrededor de la ambigüedad femenina, que da la vida y anuncia la muerte. La función de las primeras mujeres sanadoras en las aldeas se enfrentó a los principios de una rígida visión religiosa que hacían del cuerpo un objeto del pasado.

Paradigma de la tradición católica fue Fabiola, así como otras damas romanas, quienes convirtieron sus palacios en asilos y hospitales para los desdichados y desafortunados quienes, eran atendidos en nombre de la caridad cristiana.⁽³⁾

A medida que nos adentramos en el nuevo milenio, la Enfermería se encuentra situada entre el pasado y el futuro, la que durante muchos años se consideró un arte y una práctica basada en la Filosofía del amor al prójimo, pero sin embargo la concepción de su función ha tenido que modificarse notablemente a través de los tiempos.

⁽²⁾ Verdier Y., *Façons de Dire, Façons de Faire*, Pérez. Edt. Gallimard, 1980, p.30

⁽³⁾ Carrires, citado en Donahue, "Identificación de los cuidados de la mujer, Historia de la Enfermería, p 20.

Estos cambios son frutos de la interconexión de numerosos factores que han surgido en una era cada vez más tecnologicada. No hay duda de que la práctica de la Enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes dentro de la misma profesión y en un contexto social mas amplio a medida que han aumentado los conocimientos se han ido variando las actitudes y valores. La práctica de la Enfermería ha crecido tanto en forma horizontal como vertical. Algunos consideran que éste movimiento ha sido demasiado forzado y que el expansionismo profesional surge más de la repetición de las funciones que de su extensión.

Estas personas creen que el foco de atención debe centrarse en las funciones que son de naturaleza profesional y forman parte integrante de la Enfermería.

Ya que sostienen que ésta ha ido demasiado lejos, y que ha comenzado a invadir el terreno de la medicina; otros piensan que los papeles ampliados de la Enfermería satisfacen una necesidad vital y proporcionan servicios de cuidados de salud donde estos no existían o son limitados. ⁽⁴⁾

Es importante continuar con las tareas para lograr que mejore el desarrollo de nuestra profesión; tanto para incrementar el personal, como escolaridad, ya que la función que llevamos a cabo: Es para lograr una formación rigurosa, con el fin de mantenerse al día en el mundo moderno; es importante elevar el nivel académico profesional adquiriendo grados y conclusiones de carrera como la licenciatura, para disminuir el índice de morbi-mortalidad de nuestra población, mediante la aplicación de conocimientos técnicos y prácticos que demanda nuestra sociedad, la cual aumenta cada día la cobertura de atención por la propia morbi-natalidad de nuestro país y por que no, del mundo, de manera que en donde exista el hombre y donde se encuentre; se prodigará un cuidado o una atención óptima para fomentar la salud y por ende el autocuidado, favoreciendo una mejor calidad de vida.

⁽⁴⁾ Donahue, M. Patricia. La Enfermería, la condición del arte en historia de la Enfermería. Tr. Ma. Picazo y Carmen Hernández. p. 435

1.2.- NOCIONES ACERCA DE LAS TEORIAS Y MODELOS.

Los modelos surgidos de diversas teorías concebidas en principios con ideas estructurantes, que hacen más accesible su comprensión y la utilización del proceso de los cuidados de Enfermería pueden verse reducidos a un modelo de pensamiento sistemático, que hace correr el riesgo de erigirse en norma de funcionamiento, cuánto más avance el modelo enseña menos y se impone más como línea única de comportamiento; por ejemplo: el modelo se convierte en regla de conducta científica llamada a modelar el personaje de la Enfermera y el modelo conceptual aclara qué es una Enfermera.

Después de haber leído diversidad de teorías y modelos se concluye que existe una diferencia en cuanto a que manera, las investigaciones se centren en el logro de un acuerdo, con respecto al dominio de estudio de la disciplina; es por una parte la teoría el elemento integrador que genera y por otra parte condicionaría el diseño del modelo. ⁽⁵⁾

Las teorías y modelos están basados en necesidades del individuo como una unidad bio-psico-social y su entorno y sirven como guía en la profesión de Enfermería; cabe mencionar algunos de ellos que se han enfocado a conceptualizar y avalar como disciplina a nuestra profesión.

Solo quiero concluir, en que hasta el momento; el modelo de atención que se aplica en nuestro quehacer de la vida profesional es el de Virginia Henderson, ya que en él engloba las necesidades del individuo y su entorno; favoreciendo el autocuidado, elevando el autoestima del usuario y la calidad de vida del mismo. ⁽⁶⁾

⁽⁵⁾ Moran, Aguilar Victoria; Modelo de Enfermería, Edt. Trilca, Ed. 1993, México, p. 144

⁽⁶⁾ Leddy Susan Pepper J. Mac, Bases Conceptuales de la Enfermería, Edt. OPS, Ed. 1989, México, p. 21

ELEMENTOS DE TEORIAS Y MODELOS	
TEORIA	MODELO
Stack, Sullivan (Comportamiento y personalidad)	Virginia Henderson (Necesidades)
Laurence Kohlberg (Razonamiento y Moral)	Faye Glen Abdellah (Identificación correcta del problema)
Sigmun Freud (Desarrollo Psicosexual)	Nancy Roper A.V. (Actividades de la vida)
Erikson (Psicosocial)	Phillis B. Kritek (Taxnomia del desarroll por niveles)
Maslow (Valores del ser)	Ida Jean Orlando (Respuesta Profesional)
Imigene King (Logro de metas)	Imigene King (Logro de metas)
Dorothy E. Jhonson (Conductual)	Riehl (Interacción Simbolica)
Madeline Leiningek (Atención Transcultural)	Risman Fowler, Peplau (Desarrollo)
	Minnesota (Percepción)
	Fancal, Jhonson, Neuman, Oren (Sistemas)

➤ Fuentes Bibliográficas: Donahue, Kozier, Marriner, Colliere, Henderson, Nite.

1.3.- TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

1.3.1.- Conceptos.

Fernández Ferrín, 1995, al referirse a Henderson nos dice que ella misma consideraba su trabajo como una definición más que una teoría, ya que ésta no estaba de moda en su época. Describe su interpretación con la síntesis de muchas influencias unas positivas y otras negativas.

Según Virginia Henderson, su teoría se fue creando paso a paso ya que sus profesores y contemporáneas le dejaron inquietudes para formar su teoría, cabe mencionar que su profesora de Filosofía le transmitió la importancia del Equilibrio Fisiológico, Jean Broadhurst la importancia a la asepsia, también reconoce que la enfermedad es más que un estado patológico, y aunque no cita a Maslow como influencia, describe su teoría de la motivación humana en sus 14 necesidades.⁽⁷⁾

Henderson define la Enfermería en términos funcionales, la única función de una Enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a (una muerte tranquila), que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios; y hace esto de tal forma que le ayuden a ser independiente lo antes posible.

Henderson dice que la Salud es la calidad, más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno: “El conjunto de todas las condiciones de influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”

⁽⁷⁾ Bernal y Pineda: Antología de Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería, Edt. ENEO-UNAM, Ed. 1997, México, p. 278

Paciente: lo considera como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

1.3.2.- Aplicaciones Enfermera-Paciente.

La aplicación de la teoría de Virginia Henderson confirma que la relación Enfermera paciente se identifican en tres niveles y que varían desde una relación muy dependiente y otra marcada independiente. Primero la Enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, segundo como ayuda para el mismo y tercera como compañera. En caso de enfermedad grave, la Enfermera está considerada como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Henderson, refleja esta opinión en su afirmación de que la Enfermera es en forma temporal, la conciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el “micrófono” para los demasiado débiles o introvertidos para hablar. Durante la convalecencia, la Enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia, Henderson afirma “la independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchemos por una independencia sana, no por una dependencia enferma”.

Como compañera, la Enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallen modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural, la capacidad física e intelectual.

La Enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino que también las circunstancias y estados patológicos que las alteran; Henderson dice que la Enfermera “debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”. Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La Enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario, también opina “en los casos en que las Enfermeras conozcan las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, puede organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se disponen”.⁽⁸⁾

La Enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la Enfermera debe ser que el día del paciente transcurra “con mayor normalidad posible”; la promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la Enfermera.

Henderson concluye que “Se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana, que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesitan”.⁽⁹⁾

1.4.-REFLEXIONES RESPECTO AL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de Enfermería con una base teórica, permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de las etapas del mismo, exige la consulta bibliográfica permanente, el comentar y discutir con otros colegas y profesionales y en éste caso el orientar en los cuidados a los familiares para asegurar un mejor nivel de vida y alta calidad de atención.

⁽⁸⁾ García Gutiérrez Ma. de Jesús, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1ra. Ed. 1997, Edt. Progreso S. A., México, p. 11

⁽⁹⁾ Bernal y Pineda, Antología Textos Filosóficos y Filosofía de la Enfermera, p. 277

Los tiempos de avances tecnológicos y científicos, obligan a las diferentes disciplinas a redirigir su práctica, por lo tanto la Enfermera acorde con ésta evolución ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, el cual permite la delimitación propia en el hacer, por lo que es conveniente que todo profesional reflexione y profundice en los conocimientos teóricos metodológicos que permitan reconocer al ser humano en una dimensión hólística que se traduzca en un cuidado integral. Por lo que haciendo una reflexión se compara el proceso de Enfermería con el Proceso de Resolución de Problemas y con el Método Científico y nos dice que cada uno de ellos se basan en un protocolo de investigación, de manera que su aplicación es confiable en cualquier disciplina.

Independientemente que el Proceso de Atención de Enfermería anterior lo constituían cuatro etapas (evaluación inicial, planeación, realización y evaluación final), como lo describe Nancy Roper; también se observa que el Proceso de Atención de Enfermería y el Proceso de Resolución de Problemas es igual, solo que le cambiaron de nombre de problemas a necesidades. Actualmente está integrado por cinco etapas como lo describe Virginia Henderson, pero todos seguirán el mismo objetivo siempre; enfocado hacia mejorar la calidad de atención al individuo sano o enfermo.

En 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C., editó un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería en donde se le definió como “Un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la Enfermera para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.

Así mismo se destacó la necesidad de fortalecer el pensamiento reflexivo de Enfermería y el impulso de participar activamente en la atención del paciente, utilizando un ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados, mediante el cual se dé al paciente un trato más

individual y se atiendan sus necesidades en las tres esferas, como un ser Bio-Psico-Social.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. ⁽¹⁰⁾

Consta de cinco etapas:

- 1.- Valoración
- 2.- Diagnóstico de Enfermería
- 3.- Planificación
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación

A lo largo de las cinco etapas nos guiamos en el modelo de Virginia Henderson con sus componentes.

1.-Valoración.

Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de Enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del individuo, considerando que es la primera etapa del proceso, generalmente la recolección de datos se lleva a cabo, en su domicilio, institución de salud al ingreso o durante sus consultas.

⁽¹⁰⁾ García Gutiérrez Ma. de Jesús, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Ira. Ed., Edt. Progreso, México, p. 24

Actividades:

- **Recolección de datos**
- **Validación de datos.**
- **Organización de datos.**
- **Comunicación y anotaciones de datos.**

Fuente de Obtención:

- **Paciente y su familia (observación, entrevista, interacciones, valoración física).**
- **Registros médicos en el expediente.**
- **Registros de Enfermería.**
- **Bibliografía referente al problema.**

Tipos de Valoración:

- **Valoración Focalizada:** se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico, real o potencial, nos marca el camino para una valoración continuada, para actualizar los datos y valorar el estado de dependencia o independencia del paciente y familia, la valoración de los datos básicos debe ser; planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente.

El instrumento de valoración de los datos básicos debe estar orientado a las respuestas humanas, sin el enfoque de este tipo, no se obtendría la información completa y no se estará tomando al paciente como un ser bio-psico-social y espiritual.

La valoración es un proceso continuo, en ella se conjuga tanto los datos básicos, como los que van presentando cada día como respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería.

2. Diagnóstico de Enfermería.

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente hacia su familia en sus necesidades y capacidades en cada una de ellas y los problemas de salud reales y potenciales, se utilizan las categorías diagnósticas de la NANDA.

Es la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en su elaboración tal vez encuentre que al principio parece una tarea difícil por la terminología que hay que memorizar y tener presente. En este punto considero importante especificar las características que difieren en el diagnóstico médico y el diagnóstico de Enfermería para tener mayor claridad al formularlos.

El diagnóstico médico se centra en el proceso patológico de una enfermedad concreta, las manifestaciones clínicas indican que requiere atención médica.

El diagnóstico de Enfermería se basa en las respuestas del paciente que pueden ser de tipo: fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales. Todas las situaciones que la Enfermera puede atender de forma independiente, y estas se clasifican en reales, potenciales y posibles: las reales son las que reúnen todos los datos que requieren para confirmar su existencia, potenciales es el que no está presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior, posibles se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que esté presente, por falta de datos para confirmarlo o descartarlo.

Pasos para la Elaboración del Diagnóstico de Enfermería:

- 1.- Análisis de datos.
- 2.- Identificación de los problemas de salud y elaboración del diagnóstico.
- 3.- Identificación de los problemas Interdependientes.

También deben contener según la NANDA, los siguientes componentes:

1.-Título: descripción breve del problema de salud, consta de dos partes unidas (relacionado con) y el problema.

2.- Factores etiológicos contribuyentes: identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema (Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de Enfermería.

3.- Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

3.-Planificación.

Se desarrolla en plan de acción con el paciente y su familia que incluye:

- 1.-Actividades.
- 2,-Fijación de prioridades.
- 3.-Establecimiento de objetivos.
- 4.-Actividades de Enfermería.
- 5.-Actividades de paciente y familia.
- 6.-Elaboración de plan de cuidados.

La planeación, es la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería y en este contexto se define cómo el proceso de diseñar las intervenciones de Enfermería que son necesarias para predecir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico ⁽¹¹⁾.

⁽¹¹⁾ Kozier Barbara, ENFERMERIA FUNDAMENTAL. 4ta. Ed., Edt. Interamericana, p.226

2.- Fijación de Prioridades:

Antes que nada debe asegurarse si no hay algún problema que requiera atención inmediata, la percepción de prioridades del propio paciente, plan general de salud del paciente, la presencia de problemas potenciales.

3.- Establecimiento de Objetivos:

Los objetivos centrados en el paciente que reflejan los cambios deseables en el estado de salud, los beneficios que obtiene con los cuidados de Enfermería son los más recomendables.

Los resultados esperados se pueden clasificar en tres dominios o áreas; cognitivo, afectivo y psicomotor las cuales según Virginia Henderson corresponden a las áreas problema de: conocimiento, voluntad y fuerza.

Para asegurar resultados específicos, cada objetivo debe tener los siguientes componentes:

Sujeto. ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?

Verbo ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?

Condición ¿Bajo que circunstancias tiene que realizar la persona las acciones?

Criterio ¿En que medida tiene que realizar la persona la acción?

4.- Determinación de las Actividades de Enfermería:

Son acciones específicas que la Enfermera debe realizar para prevenir complicaciones es proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y mantener o restaurar la salud.

- Realizar valoraciones permanentes de Enfermería, para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados.
- Dar educación sanitaria al paciente y su familia, para que aprendan a cuidar su salud.
- Realizar acciones específicas del tratamiento, para eliminar o reducir los problemas de salud.
- Enseñar a los pacientes y familiares a realizar, actividades, tendientes a reducir los problemas de salud.

Plan de cuidados de Enfermería: Es una guía por escrito que organiza la información sobre el paciente en su conjunto significativo y centra las actividades de Enfermería necesarias para solucionar el problema diagnóstico y lograr el objetivo.

FINES DEL PLAN DE CUIDADOS.

- Proporcionar una atención individualizada al paciente.
- Asegurar la continuidad del cuidado.
- Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las Enfermeras que asumen la atención.
- Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evaluación en la que especifica que observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia. Ayuda a organizar el trabajo en el servicio algunos aspectos acerca del cuidado del paciente, incluir las recomendaciones en el plan de cuidados

del cliente. Después de ejecutar las recomendaciones, la Enfermera necesita evaluar su eficacia y registrarla, si son ineficaces puede ser necesario ver otra vez al consultor y realizar ajustes adicionales en el plan de cuidados.

PLANIFICACION DE ALTA

Es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluir en el plan de cuidados de cada paciente, un plan de alta eficaz.

Se inicia al ingreso de la persona, se continua con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el Alta. ⁽¹²⁾

La Enfermera puede ayudar eficazmente a los miembros de la familia a enfrentarse a lo que está sucediendo a su propio paso y estilo, así como a planear los problemas previstos, experimentando así una sensación de control y confianza.

También proporciona la oportunidad a la Enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del paciente y la familia, pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la Enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta, para que los preparativos para la llegada del paciente a su domicilio estén terminados, de tal forma que la ansiedad del paciente y de la familia sea mínima.

⁽¹²⁾ Kozier Op Cit p.p. 24.

4.-Ejecución.

Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación y se determina las intervenciones del paciente o de la familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.

La ejecución también llamada atención, consiste en llevar a cabo las estrategias de Enfermería enumeradas en el plan de cuidados, esta actuación según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas y de Enfermería, para ejecutar las estrategias, es importante considerar:

- La individualidad del paciente.
- La necesidad del paciente de participar en su cuidado.
- La prevención de complicaciones.
- Mantenimiento de las defensas naturales.
- Proporcionar comodidad y apoyo al paciente,
- Desarrollo de las actividades de forma cuidadosa y exacta.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA LA EJECUCION:

Capacidades cognitivas intelectuales: toma de decisiones, resolución de problemas pensamiento crítico y la creatividad.

Capacidades interpersonales: son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales. La eficacia de una actividad de Enfermería depende en gran medida de la habilidad que tenga una Enfermera para comunicarse con los demás.

Capacidades Manuales: son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras.

Cuando la Enfermera realiza procedimientos que requieren habilidad técnica, es imprescindible que valore al paciente antes, después y durante el procedimiento.

5.-Evaluación.

Es la quinta etapa del Proceso de Atención de Enfermería y es fundamental dentro del mismo. Ya que da las conclusiones que se obtienen y determinan en la intervención de Enfermería y ésta debe terminarse, revisarse o cambiarse para decidir si el plan a sido efectivo o, si es necesario hacer algún cambio en la evaluación.

Evaluar es juzgar o valorar dentro de la Enfermería, consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos ⁽¹³⁾

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad a través de ella, la Enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y determinan el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces adoptando otras.

La evaluación constituye un proceso continuo y terminal; Continuo porque se realiza durante la ejecución, y terminal ya que una vez que la Enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos.

Para concluir, considero que los beneficios del Proceso de Atención de Enfermería son importantes para el desarrollo de nuestra profesión y el bienestar del individuo como una unidad bio-psico-social; por lo que su aplicación debe ser confiable, basada en conocimientos científicos y reales que permitan su buena utilización, sobre todo en fases de preparación profesional con buenos resultados para el individuo, familia y comunidad.

⁽¹³⁾ Alfaro Rosalinda Proceso de Atención de Enfermería, 3ra. Ed., Edt. Doyma, Barcelona, p.p. 170.

El Proceso de Atención de Enfermería representa un eslabón entre la teoría y la práctica. Nos da elementos de reflexión para el trabajo con el individuo sano o enfermo. El trabajo de muchas mujeres que han dedicado su vida al estudio de la Enfermería nos permite, en este momento hablar de tu a tu con otras disciplinas, es decir estamos en posibilidad de hacer un trabajo multi e interdisciplinario. Pero sobre todo estamos en el camino de fortalecer nuestra profesión y que a los albores de un nuevo siglo veamos cristalizados nuestras esperanzas en una nueva Enfermería que nos habrá de dar satisfacciones personales y profesionales, así como un servicio a la Sociedad a la que nos debemos.

1.5.- CONOCIMIENTOS DE OTRAS DISCIPLINAS QUE APOYAN AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

En el presente trabajo se describe la Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino debido a que forma parte del aspecto anatómico que se trata en cuanto al padecimiento del caso clínico que se presenta.

Además lo considero importante debido a que en un futuro el mismo sea un instrumento de consulta para personas que se encuentren en formación académica.

1.5.1.- Anatomía y Fisiología de los Órganos Sexuales Femeninos.

Los órganos sexuales externos femeninos son: monte de Venus, labios mayores, clítoris, labios menores, introito vaginal y los órganos sexuales internos son: vagina, útero, ovarios y trompas de falopio.

VAGINA: Es una estructura tubular que mide aproximadamente 12 cm. Sus paredes son elásticas y presentan múltiples pliegues, lo que los hace muy distendibles. Presenta una cavidad virtual, es decir sus paredes se encuentran siempre en contacto, por lo que la única forma de visualizarla en toda su extensión desde los

fondos de saco, hasta el cuello uterino, es colocando un espejo vaginal para su exploración, ginecológica.

OVARIO: Es un órgano par, situado en la pelvis en forma de almendra, que desempeña dos funciones importantes:

- 1.- Producción del gameto femenino (célula germinal) y
- 2.- Secreción de las hormonas (estrógeno y progésterona).

Las dimensiones de los ovarios son de 2 a 4cm de longitud, por 1.5 a 2.5cm de ancho y de 1 a 2cm de espesor y tienen un color gris blanquecino, con una superficie lisa antes de iniciarse la pubertad; a partir de ese momento prestan una serie de eminencias por las formaciones foliculares, de donde es expulsado un óvulo de forma alterna cada mes.

Están situados a cada lado del útero en posición posterior al mismo, unidos a él por ligamento útero ovárico.

ÚTERO: Es un órgano situado en el centro de la pelvis entre la vejiga urinaria y el recto, su misión más importante es la de albergar al óvulo fecundado durante toda la gestación, hasta la expulsión del producto de la concepción (Anexo3).

El útero tiene forma de pera aplanada, con la extremidad superior más voluminosa. Sus dimensiones varían con la edad y con el número de embarazos, pero en promedio fuera del embarazo sus dimensiones son de 6 a 9cm de longitud de 3 a 4cm de diámetro transversal, y de 2 a 3cm de espesor. Su peso varía entre 70 a 100gr.

TROMPAS DE FALOPIO. Están conformadas por una porción intersticial en contacto estrecho con el útero, una porción ismíca y una porción ampular y el pabellón, cuya terminación se encuentra en contacto estrecho con los ovarios a cada lado, su función es llevar al óvulo fecundado a la cavidad uterina.

CUELLO UTERINO O CERVIX: Tiene forma cilíndrica, y una longitud de 2.5 a 3cm, su forma inferior cónica que hace protusión en la parte superior con la vagina que se conoce como ectocervix y el centro endocervix, que se comunica con la cavidad uterina.

HISTOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO: Esta constituido por el estroma que es una tejido conjuntivo fibroso y músculos lisos en menor proporción.

Está formado por 2 tipos de epitelio: epitelio plano estratificado en el ectocervix, y el epitelio glandular en el endocervix; este ultimo está revestido por una capa de células cilíndricas productoras de moco, se denomina zona de transición o unión escamocilíndrica a la unión de ambos epitelios la membrana basal es una estructura que se localiza entre el epitelio y el estroma, su importancia estriba en los cambios epiteliales que pueden originar infiltración hacia el estroma.

Se denomina zona de transformación en donde se lleva a cabo la unión de las células cilíndricas y planas hasta lograr un grado de maduración que las convierte en células de metaplasia a nivel de ectocervix, su presencia es de origen fisiológico normal.

La importancia que tiene la zona de transformación, se debe a que el sitio en donde se originan con mayor frecuencia los procesos infecciosos que condicionan lesiones precursoras del cuello uterino.⁽¹⁴⁾

⁽¹⁴⁾ IMSS, Protocolo programa displacia, 1996, p. 9

1.5.2.- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II

La detección de lesiones cervicales intraepiteliales precancerosas y de carcinomas invasores, ocultos, pequeños y curables del cuello uterino se basa en un sistema complejo de procedimientos clínicos y de laboratorio, en este proceso que se lleva al descubrimiento y tratamiento de la neoplasia cervical intraepitelial, el componente más difícil y menos comprendido es el tamizaje e interpretación de los frotis citológicos (papanicolaou).

En 1966 Richart propuso el termino de Neoplasia Intraepitelial cervical, para explicar el espectro Biológico de la enfermedad preinvasora, se describieron 3 grados.

- Nic I como Displacia leve.
- Nic II Displacia Moderada.
- Nic III Displacia Severa o Carcinoma In-situ la lesión precursora del Cáncer Cervico Uterino, es displacia o carcinoma In-situ clasificado como Nic Grado II, que posteriormente puede convertirse en displacia Grado II, este proceso es muy lento y puede evolucionar en un tiempo 5 a 7 años ⁽¹⁵⁾.

1.5.2.1.- Prolapso Uterino.

(Anexo 4)

El Prolapso Uterino se produce como resultado de debilitación y alargamiento de los ligamientos de sostén del útero, debido a la multiparidad, debilidad congénita, esfuerzo inhabitual o una combinación de estos factores. Para corregir el defecto y quitar el subsiguiente prolapso de la cúpula vaginal, se toma un interés especial en acortar los ligamentos cardinal y uterosacro y ligarlos firmemente a la cúpula vaginal.

⁽¹⁵⁾ IMSS Programa y tratamiento de displasias y C.A. C.U., 1998, p. 11

1.5.3.- Etiología.

La diversidad de cambios Intraepiteliales que se inicia con una Neoplasia bien diferenciada y que culmina con el carcinoma; se debe tomar en cuenta los siguientes factores para determinar su morbilidad estos se consideran como factores epidemiológicos:

- Actividad sexual temprana.
- Ausencia de estudios previos de citología cervical.
- Compañero sexual de alto riesgo.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Multiparidad.
- Vida marital inestable.
- Vida sexual temprana.
- Gestación temprana.
- Ingesta anovulatorios orales por más de 5 años.
- Condiciones socio económica baja (vivir en hacinamiento).
- Promiscuidad.
- Infecciones ginecológicas crónicas.
- Tabaquismo. ⁽¹⁶⁾

1.5.4.- Signos y Síntomas:

Las Neoplasias Intraepiteliales Grado II pueden pasar inadvertidas y no presentar ninguna sintomatología; Sin embargo la paciente puede presentar:

- Flujo Vaginal Serohemático.
- Hemorragia Genital Anormal.
- Hemorragia Postcoito.

⁽¹⁶⁾ Trejo Solorzano Oscar, Protocolo Manejo Neoplasias Intraepitelial Cervical ISSSTE, p. 20

- Resultado positivo histopatológico. (con displacia moderada Nic. II); observándose las anormalidades celulares afectadas en dos tercios del espesor del epitelio.
- Debe seguirse estrictamente el protocolo definido para el diagnóstico de confirmación de los pacientes con citología anormal.
- Según corresponda, se debe contar con la correlación citológica colposcópica e histopológica (metaplasia atipica mosaico, leucoplaquia, base papilar).
- Debe establecerse una estrecha coordinación con laboratorio de Anatomía patológica.

1.5.5.- Tratamiento médico y quirúrgico.

Se inicia con criterios de selección para un tratamiento conservador de las neoplasias intraepitelial cervical Grado II:

- Papanicolaou.
- Colposcopia satisfactoria (lesión visible complementaria).
- Exclusión por biopsia.
- Correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida.
- Legrado o cepillado endocervical negativo.
- Sin patología agregada en el cuerpo uterino.
- Paridad satisfecha.
- Paciente menor de 35 años.
- Riesgo quirúrgico elevado.
- Paciente confiable para seguimiento.
- Estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete.
- Histerectomía.

La Histerectomía vaginal reconstructiva está raramente indicada como tratamiento quirúrgico primario de la neoplasia intraepitelial cervical grado II; las indicaciones más comunes son coexistencia de una condición ginecológica benigna que requiere una histerectomía, tales como sangrado uterino disfuncional, miomas y prolapsos útero vaginal. ⁽¹⁷⁾

En este caso con un diagnóstico agregado de prolapso uterino se lleva a cabo la Histerectomía Vaginal por planos con plastía de Kelly más colpografía posterior.

1.5.6.- Complicaciones.

Son más frecuentes las complicaciones infecciosas como son las de abscesos de pared, abscesos de la cúpula vaginal, parametritis. Las yatrogenias como: ligaduras de útereros, fistulas uretrovaginales y las fistulas perineovaginales y fistulas vesicales.

1.5.7.- Algunas consideraciones respecto al impacto sociocultural de la Histerectomía Vaginal, las Neoplasias y el Prolapso Uterino:

La experiencia profesional de 25 años como Enfermera Partera en las zonas rurales más pobres y alejadas en el estado de Chiapas, inducen el interés por abordar estos problemas que tanto afectan el cuerpo y la mente de las mujeres. Desafortunadamente el medio sociocultural en el que trabajamos, aún está lleno de tabúes respecto al funcionamiento y cuidado de los órganos sexuales femeninos.

Se han observado en las comunidades prolapsos, de grado tal, que los libros no alcanzan a describirlos. Ciertamente, es que la literatura nos dice que éste problema se presenta por la multiparidad y por la deficiencia en la atención obstétrica por parte de las comadronas.

⁽¹⁷⁾ Michael J. Campion, Colposcopia Moderna Enfoque Práctico, Capítulo XIV, p. 217

En el aspecto cultural, el acentuado machismo ha impedido, que las mujeres con prolapso uterino tengan una atención temprana, sus parejas no permiten que se corrija este problema; porque consideran que algo que es de "su propiedad", la mujer, se exponga ante ojos extraños y lo hagan "quedar mal".

Las mujeres con prolapso uterino sufren infecciones vaginales crónicas que en ciertos momentos se agudizan, por lo cual su sufrimiento es continuo, sin que nadie lo sepa. El prolapso uterino es un factor predisponente a las neoplasias, sin embargo en el grado II, no requiere cirugía, la histerectomía se realiza por el problema agregado, o sea el prolapso uterino.

Las neoplasias tienen como factores predisponentes, el hacinamiento y la promiscuidad, problemas sociales frecuentes en nuestra comunidad y estos factores se derivan de otro problema social endémico en nuestro país que es la pobreza.

La referencia estadística a la problemática social, la describimos en relación a las gráficas de los anexos 1 y 2, que muestran que en la Clínica Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tapachula en el servicio de Displasias, el índice de neoplasias y prolapso uterino y resultado con histerectomía vaginales es alto, ya que en 6 meses de enero a junio del 2000 se registraron 100 ingresos de mujeres, de las cuales el 16% se comprobó el diagnóstico de neoplasias intraepiteliales grado II, y de este porcentaje el 12% con diagnóstico agregado de prolapso uterino, por lo tanto llegaron al tratamiento radical de histerectomía vaginal.

La mutilación de un órgano para una mujer con lleva una serie de trastornos físicos y de higiene mental que repercute en los miembros de la familia. La mujer histerectomizada por vía vaginal es difícil que acepte que su vida sexual no tendrá cambios y que el organismo se adaptará a la pérdida del órgano; la mujer en cuestión genera sentimientos de angustia, desesperación, pérdida de la auto imagen, problemas de relación con su pareja por lo que no acepta lo inevitable.

Requiere enfrentar el problema con el apoyo del personal de enfermería y de los familiares, darse a su nueva situación orgánica, aceptar y llevar a cabo los cuidados a lo inevitable, en seguida con el apoyo hacia el duelo por la pérdida.

En estas circunstancias la Enfermera juega un papel muy importante, quien mejor que ella para prodigar el apoyo para su pronta recuperación.

La familia es un factor importante en la rehabilitación, sobre todo su pareja, que le demuestren interés para integrarse poco a poco de acuerdo a su evolución y recuperación de sus facultades físicas y emocionales, siempre que encuentre una mano amiga confiable, un entorno armonioso, el sentirse amada son necesarias dentro del marco social en el cual se desarrolla en muchos casos es la mejor medicina que necesita para triunfar en la meta de recuperación e integración a su núcleo familiar y comunidad en óptimas condiciones de rehabilitación.⁽¹⁸⁾

II.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SEGÚN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON: A UNA MUJER CON HISTERECTOMÍA VAGINAL RECONSTRUCTIVA POR NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO II MAS PROLAPSO UTERINO.

En el Proceso de Atención de Enfermería, se desarrollan las etapas en una secuencia lógica iniciando con: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y la evaluación.

En la primera etapa efectué la valoración iniciando mi primer contacto con mi paciente para obtener los datos mediante una recopilación de los mismos a través de una entrevista, que se llevó en forma directa y combinada por el diálogo con mi paciente y de manera indirecta por medio del expediente clínico y la información proporcionada por el personal de salud de la Institución.

⁽¹⁸⁾ Antología: Psicología Evolutiva, UNAM-ENEO, 1998, México, D. F., p.52.

En esta etapa concluye con los diagnósticos de Enfermería donde se identifican las necesidades de la mujer en estudio.

Se elaboraron los instrumentos de trabajo y formatos aplicados para continuar con el ciclo de las etapas del proceso (anexo 5 y 6).

DATOS GENERALES:

Nombre:	E.R.C.
Edad:	48 años
Sexo:	Femenino
Peso:	73 Kgs.
Religión:	Católica
Estado Civil:	Soltera
Escolaridad:	5to. Grado de Primaria
Ocupación:	Labores del hogar y venta de alimentos temporales
Nacionalidad:	Mexicana

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PARA SU PADECIMIENTO:

Se trata de mujer de 48 años de edad, gran multipara, vida sexual desde los 17 años, ha tenido dos parejas, vive en hacinamiento y promiscuidad, ha llevado control de planificación familiar con anticonceptivos orales por 2 años; inyectables por 4 años, esterilización definitiva por salpingoclasia bilateral desde hace 16 años. Ha cursado con cuadros de leucorreas y cervicitis repetitivas, renuentes a tratamientos; presenta un prolapso uterino grado II desde hace 15 años. Menarca los 15 años de edad con ciclos 28 x 3, V.S.A. desde 17 años, F.U.P. 20-I-80, F.U.R. 30-V-88, GESTA VII, PARA VII, ABORTOS-0, CESAREA-0.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente del sexo femenino de 48 años de edad, inicia su padecimiento actual con abundante leucorrea amarilla fétida, acude a su medico familiar el cual efectúa citología cervical el día 15 de mayo del 2000 con apreciación de lesiones inflamatorias severas y prolapso uterino; por lo que es enviada a la clínica de displasias.

Acude por primera vez el 6 de junio del 2000, en el cual le practican la colposcopia y biopsia de cervix dirigida, determinando un diagnóstico colposcópico de neoplasia intraepitelial cervical II (anexo 7), más prolapso uterino grado II; cita en una semana. El 12 de junio del 2000, acude por segunda ocasión con resultado histopatológico en donde se confirma el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical II más prolapso uterino grado II (anexo 8), por lo que se informa a la paciente y sus familiares el tratamiento a seguir el cual consiste en una histerectomía vaginal reconstructiva, la cual es aceptada.

Se procede a solicitar los estudios de preparación preoperatoria como exámenes de laboratorio y gabinete y valoraciones de cardiología y anestesiología; se cita en una semana para su programación de la cirugía.

El 21 de junio del 2000, acude con su valoración preoperatoria anestésica de bajo riesgo quirúrgico, laboratoriales normales; se programa para histerectomía vaginal reconstructiva para el 30 de junio del 2000, se interna el día 29 de junio del 2000 a las 18 hs. En el servicio de Hospitalización de Ginecología.

El día 30 de junio se lleva a las 16 hrs. al área de quirófano para que le efectúen la cirugía programada.

2.1.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL SERVICIO DE DISPLASIAS.

Datos obtenidos a través de la entrevista directa y dirigida; aplicando instrumentos de valoración de las 14 necesidades.⁽¹⁹⁾

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION: Mujer de 48 años de edad, habita en zona urbana, casa construida de dos plantas, con iluminación y ventilación favorables, el clima es frío en la comunidad, no practica ningún ejercicio, evita subir y bajar frecuentemente las escaleras por que manifiesta dificultad para respirar posteriores al esfuerzo físico, se observan buena coloración bucal y ungueal; signos vitales en cifras normales T.A. 120/90, F.C. 88X, F.R. 24X¹, Temp. 37° c.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION: Tiene constitución robusta, la confirmación de su diagnóstico no ha alterado su apetito, desconoce las necesidades de hidratación y alimentación de acuerdo a sus edad, consume alimentos variados a pesar de la dificultad de adquirirlos por falta de recursos monetarios; refiere no tener alteraciones en su masticación y deglución; no ingiere mucho agua por presentar micciones espontaneas frecuentes secundario a prolapso uterino; pero si el café colado durante el día hasta cinco o seis tasas.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION: Orina frecuentemente día y noche por su prolapso uterino. Evacua intestino diariamente sin esfuerzo, las características de las heces son normales; sudoración regular, aumenta cuando está nerviosa o dice que se le baja la tensión arterial. Ciclo menstrual es menopausica; sin embargo ha presentado metrorragias de interés a su padecimiento; flujo vaginal (leucorrea) amarilla persistente.

⁽¹⁹⁾ García Gutiérrez Ma. de Jesús El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, p.21

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA: Constitución corporal robusta; no realiza ejercicios; es fuerte en su constitución física; se observa buena postura al caminar; se sienta cómoda solo evita subir escaleras porque se cansa.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: Duerme en posición decúbito dorsal o lateral, cambia a mecedora o hamaca porque el colchón lo siente incomodo. Por las noches despierta frecuentemente por miccionar; no necesita dormir siesta a pesar que no duerme mucho por las noches, también por la cercanía de la programación de su cirugía.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS: Su vestuario es de acuerdo al clima y su edad; su ropa es ligera y holgada; colores agradables y de algodón; usa zapatos tipo sandalias, accesorios de acuerdo al uso diario, no usa cosméticos, el desvertirse lo hace en privado porque es un poco vergonzosa.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION: Un poco de frío por las mañanas que son frescas; ingiere bebidas calientes para aumentar su temperatura, cuando hace calor ambiental se baña dos o tres veces al día, a veces por estados de estrés se pone muy fría y toma café caliente para controlar el frío.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Refiere buenos hábitos, baño diario; se lava las manos antes de consumir alimentos y después de ir al sanitario, su piel es reseca por lo que usa cremas hidratantes, pelo tamaño regular, bien implantado abundante, en buenas condiciones higiénicas, uñas cortas, sin esmalte, usa perfume solo si tiene por obsequio, ya que no lo puede adquirir por el costo; como tiene Prolapso Uterino efectúa aseos vulvares externos por que se siente incómoda por la salida de flujo.

9.- **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:** Desde siempre ha tenido el apoyo de sus siete hijos y demás familiares para reconfortarla y apoyarla – económicamente- por sensación de incapacidad de hacer sus labores del hogar y preparar sus alimentos. Está orientada para tener medidas preventivas y evitar accidentes en su hogar cuenta con su esquema completo de vacunación. En situaciones ambientales o desastres presenta ansiedad, temor, miedo y reza. Esto baja su autoestima temporal.

10.- **NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:** Es una persona muy platicadora, coopera mucha con el interrogatorio, le gusta que la visiten; sus hijos que radican en otras poblaciones. Su escolaridad es baja pero no le impide tener facilidad de expresión. Platica con sus hijos, con su madre y otras mujeres de sus temores a la cirugía; no se deja convencer de comentarios negativos o drásticos por el peligro de su cirugía.

11.- **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:** Se encuentra preparada para su cirugía; cree en Dios y los Santos, en especial a San Judas Tadeo; se siente impotente por el miedo a la cirugía; que se entrega a las manos de los cirujanos y que todo sea un éxito ya que le costo mucho tener esa esperanza de vida y se siente reconfortada y eleva su espíritu de lucha por vivir.

12.- **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:** Le gusta guisar y preparar antojitos, por lo que en las fiestas de su pueblo pone venta de alimentos; le agrada tejer y vende sus prendas.

13.- **NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:** Dice que no las necesita, no le gustan las actividades recreativas, solo le gusta la televisión y escuchar música ranchera, ha intentado hacer juguetería pero por falta de recursos económicos lo abandonó.

14.- **NECESIDAD DE APRENDIZAJE:** En cada cita medica solicita información de su padecimiento y de su tratamiento, aprende rápidamente lo que se le explica, esto favorece a una pronta recuperación post-operatoria y que debe aumentar su autoestima favoreciendo por lo consiguiente el autocuidado, ya que el post operatorio, es de aseo y cuidado de las partes más cercanas para evitar una posible infección.

2.2.- PRESENTACION DE LOS PLANES DE CUIDADOS.

El plan de cuidados, es parte de la valoración de las 14 necesidades basadas en el Modelo de Virginia Henderson; en donde se organizan los datos de dependencia e independencia de la mujer en estudio.

Representado en un instrumento metodológico donde se integran los elementos que comprende en el Proceso de Atención de Enfermería integrado por columnas.

- 1.- Se menciona la necesidad de valorar.
- 2.- Las manifestaciones de dependencia e independencia clasificados en orden de importancia.
- 3.- Se describen las causas de dificultad manifestando si son causadas por fuerza, voluntad o conocimiento.
- 4.- Se especifican los diagnósticos de Enfermería en donde se identifican los problemas potenciales, la etiología y los signos y síntomas que manifiesta la dependencia.
- 5.- Se establecen los objetivos inmediatos que nos guíen a la evaluación de los mismos si se cumplen parcial o totalmente.
- 6.- Planificación de los cuidados que se aplicaran para satisfacer la necesidad manifestada.
- 7.- Se clasifican las intervenciones de Enfermería, donde se cumplirá la ejecución de los mismos con resultados de calidad y calidez.

8.- Se describe la evaluación de todo el proceso, teniendo éxito o una retroalimentación, para un seguimiento de los mismos a través de nuevos caminos en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Para concluir con el plan se anexa una hoja de Evolución de Cuidados de Enfermería, en donde se describe paso a paso los mismos, para facilitar una pronta recuperación y una rehabilitación oportuna, para integrarla a su núcleo familiar, en óptimas condiciones de salud.

**2.3.- PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS
14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C				
	D- Resequeidad de mucosas nasales D- Clima frío en su comunidad I- Se aplica eucalipto como humectante nasal. I.- Usa ropa adecuada al clima.	X			> La paciente mantendrá húmedas las mucosas nasales.	> Nebulizaciones caseras. > Ejercicios respiratorios.	> Aplicación de instilaciones de vapor c/8hs. por 3'. > Aplicación de gotas de agua de manzanilla en fosas nasales para humectar c/8hs.	> De acuerdo a la planeación y la ejecución se lograron parcialmente los objetivos.

© X I G E N A C I O N

Continuación . . .

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
	D- Incapacidad para respirar adecuadamente D.- Baja respuesta respiratoria por efectos residuales de sedación anestésica.	X		> Déficit del patrón respiratorio condicionado por efectos residuales anestésicos manifestado por disnea.	> Disminuirá la dificultad para respirar. > Corregir su alteración respiratoria en un lapso de 60'	> Oxigenoterapia.	> Aplicación de Oxígeno, 3 litros por I cateter nasal. > Vigilar datos de insuficiencia respiratoria como: tirios intercostales, aleteo Nasal; retracción xifoidea.	> La paciente recupera su autotismo respiratorio a los 30 min. Del postoperatorio inmediato
			X			> Vigilancia de signos vitales	> Valorar: Signos vitales cada 30 min.	

O X I G E N A C I O N

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN SERVICIO DE GINECOLOGIA

- 1-07-2000
8 a 10hs.
1er. día Post-operatorio:
Manifiesta incomodidad en posición decúbito dorsal, falta de aire para respirar, se encuentra con el patrón respiratorio ineficaz, condicionado a la posición: Se indica cambio de posición a semifowler cada 2hs. ejercicios respiratorios, como respirar profundo y exhalar lentamente por 1' cada 5'; inflar globos pequeños c/3hs. por 5' vigilar la presencia de cianosis ungueal y peribucal ya que los efectos residuales de los anestésicos condicionan baja respuesta respiratoria.
- 2-07-2000
8 a 10hs.
2do. día Post-operatorio:
Se encuentra paciente tranquila, consciente, un poco pálida, se ausculta su respiración sin alteraciones, pulmones bien ventilados, signos vitales estables: T.A. 120/90 Fc 80x' FR=22x' temp. 36^oc.
- 3-07-2000
8 a 10hs.
3er. día Post-operatorio:
Aparato respiratoria sin alteraciones no presenta signos de cianosis signos vitales, límites normales: con pre-alta; se explica su plan de alta con recomendaciones que beneficiaron la pronta rehabilitación de movilización, higiene, ambiente óptimo y autorrealización.
- 6-08-2000
12hs.
Se encuentra paciente con buena coloración sin alteraciones respiratorias, campos pulmonares sin ruidos agregados, se adapta a su núcleo familiar.

VISITA DOMICILIARIA

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V					
	<p>D- Económica- mente depende de sus hijos para comprar sus víveres.</p> <p>I.- Ella se prepara sus alimentos sin contratiempo.</p>	X		<p>> Alteración del patrón habitual de nutrición relacionado a la falta de recursos monetarios, manifestado en abandono de dieta prescrita.</p>	<p>La paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Utilizará los recursos naturales de la comunidad, para equilibrar su Nutrición e hidratación. > Utilizará los deshechos reciclables para abonar su cultivo. > Motivar a la paciente a manualidades para tener sus propios recursos. 	<p>> Educación, Higiénico dietéticas y de nutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Enseñar los grupos básicos de los alimentos y como cultivarlos > Aprovechar los mismos cultivos para su ingestión. > Orientar en el cultivo de sus propias hortalizas. 	<p>> Se logró parcialmente los objetivos a pesar de la orientación y educación que se proporcionó</p>

N U T R I C I O N E H I D R A T A C I O N

Continuación . . .

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
NUTRICION E HIDRATACION	D- Desesperación por el ayuno prolongado, debido a programación de su cirugía	X		> Alto riesgo de alteración emocional condicionado por ayuno prolongado.	> Compensará su requerimiento nutricional posteriores a su cirugía.	> Evitar que ingiera alimentos por ayuno.	> Informar a la paciente y familia los riesgos de salud que implica el consumo de alimentos en el período preoperatorio.	> Se logró lo planeado totalmente.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

30-06-2000 21 A 23hs. **Recuperación:** Alteración del aporte hidroelectrolítico condicionado por ayuno preoperatorio, manifestado por labios resecos; se ministran líquidos parenterales para favorecer balance electrolítico positivo.

HOSPITALIZACIÓN SERVICIOS DE GINECOLOGÍA

1-07-2000 8-10hs. **1er. día Post operatorio:**
Déficit del autocuidado por inmovilidad relacionada a la instalación de sonda Foley. Manifiesta desesperación por ingerir alimentos. Se inicia tolerancia oral para continuar dieta blanda.

2-07-2000 8-10hs. **2do. día post operatorio:**
Se observa paciente ya sin venoclisis, no reporta alteraciones a intolerancia gástrica por lo que se ministran abundantes líquidos claros y continua con dieta blanda.

3-07-2000 8-10hs. **3er. día Post operatorio:**
Paciente con mucosas orales bien hidratadas. Se retira sonda Foley. Vigilancia de micciones espontáneas, pre alta, se dan indicaciones de alta a ella y sus familiares que la reciban con un buen ambiente familiar, que realice sus trabajos cotidianos con vigilancia.

VISITA DOMICILIARIA

06-07-2000 12hrs. **Paciente que se visita en su domicilio** la cual se encontró en buen estado de salud físico y mental, signos vitales dentro de cifras normales, la higiene general mejoraron. Mantiene un horario de reposo durante el día por 2hrs.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3			4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad			Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C					
	D- Orina con frecuencia. Todo el día y la noche	X			> Alteración de la eliminación urinaria relacionada al prolapso uterino grado II manifestado polaquiuria.	La paciente: > aprenderá su padecimiento sobre su recuperación.	> Orientación sobre su padecimiento.	> Explicar a la paciente de manera clara y precisa su padecimiento y su recuperación y del mismo. > Disminuir la ingesta de líquidos por la noche.	> Se logró el aprendizaje.
	D- Instalación de sistema urinario permanente.	X				por para una mejor recuperación.			

E L I M I N A C I O N

Continuación . . .

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C				
	D.- Manifesta dolor y ardor en genitales por eliminación a través de sonda Foley	X			<ul style="list-style-type: none"> > Se evitará a la paciente al mínimo las molestias. > Se mantendrá en equilibrio electrolítico a la paciente para facilitar la eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> > Mantener el buen funcionamiento del sistema urinario. > Educación Higiénica > Aseo de sonda Foley. 	<ul style="list-style-type: none"> > Verificar fecha y hora de instalación de sistema urinario. > Mantener permeable sonda Foley, observar características de la orina, cuantificar diuresis horaria. > Mantener sistema urinario a una altura del tercio medio del muslo, para evitar retroceso de orina a vejiga y se contamine. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se lograron los objetivos

E L I M I N A C I O N

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN SERVICIO DE GINECOLOGÍA

- 01-02-2000
8 a 10hrs.
1er. día de Post Operatorio:
Manifiesta sensación de orinar con ardor y dolor, ya que permanece con su sonda Foley lo que ocasiona alteración de la eliminación, relacionada a la administración de líquidos parenterales, así mismo deterioro de la micción relacionada a la sonda Foley; se le proporciona confort y se revisa instalación de sonda Foley, se cuantificará diuresis y se administra analgésico oral por razón necesaria.
- 02-07-2000
8 a 10hs.
2do. día de Post operatorio:
Paciente deambulando asintomática. Actualmente con ejercicios urinarios para el retiro de sonda Foley, ingiere abundantes líquidos claros, evacuación solo gases intestinales, buen peristaltismo.
- 3-07-2000
8-10hs.
3er. día Post operatorio:
Paciente bien hidratada, sin sonda Foley. Vigilancia de la micción espontánea, orina clara. Pre alta, se orienta a ella y sus familiares sobre su plan de alta a llevar para recuperarse más rápidamente: Se concientiza que acuda a su medico periódicamente, que cumpla con lo prescrito, que reconozca la recuperación de su padecimiento o secuelas, ámbito óptimo, que su ingesta y excretas sean normales. autorrealización y actividades manuales.
- 06-07-2000
12hrs.
VISITA DOMICILIARIA
Se encuentra paciente deambulando por su sala, manifiesta que micciona espontáneamente sin molestia, evacuo intestino heces características normales, con temor por sus heridas en el periné, se orienta y se le explica que debe disminuir su temor, ya que la cirugía fue un éxito y que el material que utilizaron es de calidad y que no se abrirá con el esfuerzo normal para evacuar.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1		2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad	F V C		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
			<p align="center">M O V E R S E Y M A N T E N E R U N A B U E N A P O S T U R A .</p>	<p>D.- Evita caminar y subir escaleras, manifestado por cansancio y falta de aire.</p>					

Continuación . . .

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
M O V E R S I E Y M A N T E N E R	D.- Limitación de movimientos por incomodidad de la camilla. D.- Incapacidad para elegir posición corporal condicionado por la falta de movimiento por residuos anestésicos miembros pélvicos.	X		<p>> Alteración en el patrón de movimientos corporales relacionados al espacio estrecho de la camilla para moverse, recuperación total de movimiento en miembros pélvicos condicionado a la eliminación de residuos anestésicos.</p>	<p>> Mantendrá la posición más cómoda después de la recuperación total de movimiento en miembros pélvicos condicionado a la eliminación de residuos anestésicos.</p>	<p>> Cambios de Posición. > Ejercicios de extensión y flexión.</p>	<p>> Cambios de posición cada hora. > Fricción en miembros pélvicos para favorecer la circulación periférica. > Flexión y extensión de miembros pélvicos cada 2 horas.</p>	<p>> Se logra lo planeado. La paciente adopta posición libremente escogida.</p>

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACION.

30-06-2000
21 a 23hrs. Paciente con efectos de anestésicos residuales, con imposibilidad para movilizarse por perdida insensible aun de miembros pélvicos, presenta molestias en genitales en especial en meato urinario por presencia de sonda Foley. Se aplica analgésico parenteral inquieta por lo estrecho de camilla. Al momento de recuperar sensibilidad de miembros pélvicos se llevara a su cama de hospitalización.

HOSPITALIZACIÓN SERVICIO DE GINECOLOGÍA

1-07-2000
8 - 10hrs. 1er. día post operatorio
Paciente con tegumentos pálidos, inicia pequeños pasos, para su autocuidado, se lleva para baño de regadera y aseo personal. Se observa un poco tensa, con fases de dolor, posición encorvada por molestia de sonda Foley a permanencia y el sistema urinario (recolector).

2-07-2000
8-10-01 2do. día post operatorio.
Paciente asintomática deambula con buena postura.
Signos vitales estables.

3-07-2000
8-10 3er. día post operatorio.
Paciente con buena postura, signos vitales cifras limites normales, con pre alta: Se lleva a cabo a la orientación de un plan de alta; que acuda a sus visitas médicas, que cumpla su tratamiento. Que practique ejercicios adecuados y que se autorealice.

VISITA DOMICILIARIA

06-08-2000
12hrs. Se encuentra paciente deambulando en su sala, su postura un poco encorvada, su caminar lento. Se siente más recuperada y feliz de estar con su familia. Se asea y se baña ya sola, signos vitales cifras normales.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3		4	5	6	7	8
		Causas de la dificultad						
Necesidad	Manifestación del problema	F	V	Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
	<p>D.- Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>D.- No cuenta con un colchón cómodo.</p>	X		<p>> Alteración del patrón del sueño, relacionado por colchón inadecuado manifestado con irritabilidad.</p>	<p>> La paciente logrará conciliar el sueño.</p>	<p>> Relajación muscular.</p> <p>> Musicoterapia</p>	<p>> Masaje corporal c/12hrs.</p> <p>> Ejercicios respiratorios Por x min.</p> <p>> Proporcionar cassettes de musica.</p> <p>> Se da confort</p>	<p>> Se lograron parcialmente los objetivos.</p>

D E S C A N S O Y S U E Ñ O

Continuación . . .

Plan de Cuidados									
1	2	3		4	5	6	7	8	
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación	
		F	V						C
	D.- Dificultad para conciliar el sueño relacionado a la inquietud de su cirugía.	X			<ul style="list-style-type: none"> > Alteración en el patrón del descanso y su sueño relacionado a la proximidad de su cirugía, manifestado con astenia y adinamia. 	<ul style="list-style-type: none"> > Disminuirá su irritabilidad y mantendrá el descanso y sueño tranquilo. 	<ul style="list-style-type: none"> > Terapia Recreativa 	<ul style="list-style-type: none"> > Motivar escuchar música. > Leer. > Disminuir la tensión por medio del descanso físico y emocional. > Hacer menos tediosa la espera de la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se mantiene despierta, pero su aspecto refleja más tranquilidad.

D E S C A N S O Y S U E Ñ O

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-06-2000 Déficit del patrón del sueño y descanso, relacionado por la incomodidad de la herida quirúrgica, y la permanencia de la sonda, manifestada por irritabilidad, relacionada al dolor, sueño inestable por los residuos anestésicos y la incomodidad de la camilla, se reconforta informándole que su cirugía fue un éxito y que dormirá profundamente al recuperarse de los efectos anestésicos.

HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA

1-07-2000 En su 1er. día de post operatorio, la encuentro en su patrón del descanso y sueño más estable, inicia deambulación se proporciona masaje corporal en miembros torácicos y pélvicos.

2-07-2000 2do. día de post operatorio, sus condiciones de descanso mejoran, ha disminuido considerablemente las molestias de la herida quirúrgica.

3-07-2000 Paciente con Pre alta, se observa tranquila, descansa y duerme un poco más. Se proporciona indicaciones de Plan de Alta a los familiares y concientizar a la paciente que se adapte a su recuperación y que cumpla con su tratamiento medico que mantenga horas de reposo, que realice sus trabajos cotidianos con vigilancia de sus familiares.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-2000 Se encuentra paciente asintomática, fases de tranquilidad, duerme y descansa mucho mejor, se observa integrada a su vida familiar.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
<p>U S A R P R E N D A S D E V E S T I R</p> <p>A D E C U A D A S</p>	<p>D.- Ella misma elabora sus vestidos por falta de recursos.</p> <p>I.- Usa ropa cómoda de acuerdo al clima.</p>	X		<p>> Déficit del autocuidado en el vestir, por falta de ropa, manifestado con descuento.</p>	<p>> La paciente mantendrá su vestido de acuerdo a su gusto y recursos monetario.</p>	<p>> Acudir a centros de capacitación gratuita</p>	<p>> Motivar para que asista a cursos de costura gratuito en centros de dependencias de gobierno.</p>	<p>> Se logra paulatinamente.</p>

Continuación . . .

Plan de Cuidados									
1	2	3		4	5	6	7	8	
Necesidad	Manifestación del problema	Causa de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación	
		F	V						C
U S A R P R E N D A S D E V E S T I R	D.- Ropa Institucional incomoda. I.- Desea tener su propia bata de dormir que cubra bien su cuerpo.	X			> Alteración de su privacidad por el uso de bata pequeña abierta por la parte de atrás, condicionado con irritabilidad.	> Utilizará la ropa institucional ya que es una norma establecida de la institución.	> Proporcionar información o instructivos con las reglas de internamiento en hospitalización.	> Orientar que cumpla las reglas del instructivo hospitalario. > Expresar que por la deficiencia de ropa hospitalaria se crea la falta de tallas adecuadas para cada persona	> Se logra totalmente la aceptación de ropa institucional.
A D E C U A D A S									

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-06-2000

21 a 23hs. Paciente en sala de recuperación con bata hospitalaria, aún con residuos anestésicos, se mantiene bien cubierta para protegerla del clima frío del área quirúrgica.

HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA

1-07-2000
8 a 10hs.

1er. día post operatorio: Se encuentra paciente con mejor semblante, utiliza ropa institucional.

2-07-2000
8 a 10hs.

2do. día post operatorio: Paciente iniciando deambulacion bien vestida con ropa hospitalaria limpia e integra.

3-07-2000
8 a 10 hs.

3er. día post operatorio: Paciente con buena presentación muy contenta por su pre alta.
Se efectúa orientación de su plan de alta; indicando la importancia de su autocuidado y cumplimiento de su tratamiento, así como acudir a su visita médica e informar de cualquier alteración.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-2000
12 hrs.

Paciente con bata casera, limpia e integra, bien aseada, con buen humor, asintomática ha cumplido con su tratamiento.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1		2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad	Diagnóstico de Enfermería		Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación	
			F	V C					
	<p>D.- Le disminuye la temperatura cuando cree que le baja la presión arterial.</p> <p>I.- Usa ropa de acuerdo al clima.</p>	X	<p>> Termorregulación ineficaz, manifestada con piel fría y amoratada.</p>	<p>La paciente: > Tomará precauciones relacionadas a vestir. verificar cifras de temperatura.</p>	<p>> Consulta médica. > Orientación en el vestir.</p>	<p>> Se explica que cuando exista la posibilidad de temperatura baja, tome líquidos calientes y verifique las cifras de temperatura para un mejor control.</p>	<p>> La orientación se logra con buenos beneficios y se cumplen los objetivos planeados.</p>		
T E R M O R R E G U L A C I O N									

Continuación . . .

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
T E R M O R R E G U L A C I O N	D.- Hipotermia relacionada al aire acondicionado de la sala de operaciones.	X		<ul style="list-style-type: none"> Termorregulación alterada, relacionada a efectos anestésicos colaterales, manifestado con calos fríos. 	<ul style="list-style-type: none"> Que la paciente se mantenga confortable y con temperatura corporal en cifras normales. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de la temperatura corporal y ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura controlada con calor seco local (lampara de chicote). Se mantiene cubierta con cobertores durante su recuperación verificando cifras c/3hs. 	<ul style="list-style-type: none"> Se logró el control de temperatura totalmente.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-06-2000
21 a 23hs. Paciente en recuperación: Hipotermica relacionada por el tiempo quirúrgico y baja temperatura ambiental del área de quirófanos.
Presenta Ligera cianosis peribucal y distal relacionada a la hipotermia.
Se cubre con cobertores para aumentar la temperatura corporal.

HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA.

1-07-2000
8 a 10hs. 1er. día Post operatorio. termorregulación normotérmica, buena coloración peribucal y ungueal.
2-07-2000
8 a 10hs. 2do. día de Post operatorio; Deambula, mantiene buena temperatura corporal; signos vitales estables.
3-07-2000
8 a 10 hs. Paciente con pre-alta: Se propone plan de alta: Que acuda a sus visitas programadas o si presenta signos de alarma. Concientizar al paciente a que reconozca su recuperación; integrarse a su núcleo familiar; cumplir su tratamiento de acuerdo a prescripción médica. Ejercicios adecuados.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-2000
12 hs. Paciente que se encontró en buen estado de salud física y mental, signos vitales con cifras normales realiza paseos.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1 Necesidad	2 Manifestación del problema	3 Causas de la dificultad			4 Diagnóstico de Enfermería	5 Objetivos	6 Planeación de los cuidados	7 Intervención de Enfermería	8 Evaluación
		F	V	C					
	D.- Piel muy seca I.- Baño diario	X			<ul style="list-style-type: none"> > Déficit del autocuidado; condicionado a la escasez de agua y una imagen manifestado con piel seca y escamosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente: <ul style="list-style-type: none"> > Mantenga una imagen de pulcritud. > Lubricará su piel con crema suavisante que le proporcionará bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> > Educación para la salud. <ul style="list-style-type: none"> > Fomentar el autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se sugiere baño antes de iniciar sus actividades. <ul style="list-style-type: none"> > Aplicación de crema o aceites que disminuya la resequecedad. Evitar exposiciones prolongadas al sol. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se cumplen los objetivos con la orientación que se le proporcionó.

H I G I E N E Y P R O T E C C I O N
D E L A P I E L

Continuación ...

Plan de Cuidados									
1	2	3			4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad			Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C					
H I G I E N E Y P R O T E C C I O N D E L A P I E L	D.- Necesita ayuda para efectuar el baño del regadera por herida quirúrgica. I.- Realiza las indicaciones para su aseo.	X			> Riesgo de accidente en relación a la disminución de movilidad por herida quirúrgica.	> Efectuará baño de regadera y humectará su piel para mantenerla con buena apariencia.	> Educación Higiénica.	> Auxiliar en el baño de regadera. > Enseñar como lubricar su piel. > Cambio de ropa. > Verificar el aseo vulvar para evitar infecciones agregadas al aparato urinario. > Mantener limpia la fijación del sistema de drenaje urinario.	> Se cumple parcialmente los objetivos, ya que todavía no lo efectúa ella misma.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA

1-07-2000 Paciente en su 1er. día de post operatorio iniciando su aseo personal y lubricando su piel;
8 - 10 hs. aseo vulvo perineal por sonda a permanencia, curación de la misma con antisépticos
ligeros para evitar infecciones.

2-07-2000 2do. día de post operatorio se encuentra bañada y con su piel con mejor hidratación.
8 - 10 hs. Deambula signos vitales cifras normales.

3-07-2000 Paciente con 3er. día post operatorio con pre alta. Se sugiere indicaciones mediante un
8 - 10 hs. plan proponiendo su autorrealización, ejercicios adecuados, continuar lubricación de piel,
cumplir indicaciones prescritas.

58

VISITA DOMICILIARIA

6-08-2000 Se encuentra paciente bien hidratada, aseo general en buenas condiciones de higiene, baño
12:00hs. de regadera y humectantes en piel. Asintomática; signos vitales cifras en límites normales.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados								
1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V					
E V I T A R P E L I G R O S	D.- Miedo a la cirugía	X			<ul style="list-style-type: none"> > La paciente controlará y aumentará su autoestima. > Aceptará la pérdida de su matriz 	<ul style="list-style-type: none"> > Orientación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> > Se motivará proporcionando confort para elevar su autoestima. > Orientación con vocabulario acorde a su lenguaje para estimular su seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se logra parcialmente los objetivos.
	D.- Miedo a pérdida de órgano.			X	<ul style="list-style-type: none"> > Déficit en la autoestima en relación a la pérdida de órgano (útero), y el temor a la muerte. 			
	D.- Temor a la muerte.				X			

Continuación . . .

Plan de Cuidados									
1	2	3		4	5	6	7	8	
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación	
		F	V						C
E V I T A R P E L I G R O S	D.- Sumamente pendiente del analgésico.	X			<ul style="list-style-type: none"> ▷ Déficit en el umbral al dolor manifestado por temor exagerado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Controlará el dolor. ▷ Conservará enteramente la capacidad funcional para deambular sin peligro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Terapia y autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Se orienta como debe controlar su dolor para aumentar su autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Se lleva acabo la orientación con éxito.
	D.- Dolor en herida quirúrgica y meato urinario.	X			<ul style="list-style-type: none"> ▷ Deterioro de la movilidad física, relacionada con el dolor y la inmovilización. 		<ul style="list-style-type: none"> ▷ Analgésicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Se aplicará el analgésico indicado P.R.N. 	
	D.- Evita la deambulación por temor a lastimarse.			X					<ul style="list-style-type: none"> ▷ Se motivará a la deambulación oportunamente para que deambule sin peligro.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-06-2000 Paciente en camilla con los barandales subidos para protegerla que no se caiga, ya que se encuentra semidormida por efectos residuales de anestésicos; se aplica analgésico P.R.N.; se verifica la fijación de la instalación de catéter vesical para evitar yatrogenias.

HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA

1-07-2000 1er. día de post operatorio. Inicia deambulacion con acompañante por sonda Foley y sistema de drenaje en buen funcionamiento y movilidad segura.

2-07-2000 2do. día post operatorio asintomática, se favorece su higiene para evitar infecciones
8-10 hs. signos vitales estables.

3-07-2000 3er. día post operatorio lleva a cabo la deambulacion y movilidad sin acompañante, se observa más segura sin miedo a caerse; con pre alta.
8-10 hs. Se dan indicaciones para su alta: Cumplir con indicaciones prescritas, integrarse a su núcleo familiar y social en buenas condiciones de salud, mantener un sueño fisiológico, terapia de lectura; ingesta y excretas que sea normal.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-2000 Paciente en planta alta, no baja escaleras para evitar traumatismos por la inseguridad
12 hs. de que se siente imposibilitada todavía por su cirugía, se explica lo relacionado a su rehabilitación y la confiabilidad de los buenos resultados de su cirugía, para aumentar su autoestima y autocuidado.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C				
<p align="center">C O M U N I C A C I O N</p>	<p>D.- No habla mucho con sus familiares.</p> <p>D.- Miedo a su estado de salud y prolongación en la rehabilitación.</p> <p>I.- No existe problema físico que limiten su comunicación.</p>				<p>La paciente se mantendrá informada de su padecimiento para disminuir su inquietud.</p>	<p>Apoyo emocional y psicológico.</p>	<p>Orientación profunda acerca de su padecimiento.</p> <p>Mantener el interés en su persona.</p> <p>Infundir a través de la conversación confianza y seguridad.</p> <p>Solicitar a sus familiares apoyo emocional y amplia comprensión.</p>	<p>Se logran los objetivos trazados totalmente.</p>
					<p>Alteración emocional relacionado al temor quirúrgico y anestésico, manifestado con llanto y disminución en la comunicación familiar.</p>			

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-06-00 21/23hs. Se encuentra paciente con efectos residuales de anestesia, por lo cual solo se le habla para ver si ya hay mejor conciencia y tratar de dar confort para su pronta recuperación y la lleven a su cama de hospitalización.

HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA.

1-07-00 8-10hs. 1er. día de post-operatorio. Consciente signos vitales estables con buena comunicación, de la respuesta que ya pasó el mayor riesgo.

2-07-00 8-10hs. 2do. día post-operatorio; quejumbrosa, contenta que se siente bien a pesar de las molestias, signos vitales cifras normales.

3-07-00 8-10hs. 3er. día post-operatorio; pre alta; se le informa su plan de alta que debe seguir; para su pronta recuperación y su integración a su nucleo familiar.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-00 12hs. Se encuentra paciente deambulando asintomática, muy platicadora; y se siente mucho mejor y el cambio que se presenta lo manifiesta conversando con buen sentido, hasta ríe y hace comentarios aludidos a su miedo que tenía.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3			4	5	6	7	8
		Causas de la dificultad							
Necesidad	Manifestación del problema	F	V	C	Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
<p align="center">C R E E N C I A S Y V A L O R E S</p> <p align="center">V I V I R S E G U N S U S</p>	<p>D.- Disminución en la fe de Dios y en su religión.</p> <p>I.- Asiste libremente a la Iglesia Católica.</p>			X	<p>> Falta de credibilidad en la religión profesada, en relación a la larga espera de su cirugía.</p>	<p>> La paciente aumentará su fe en Dios.</p>	<p>> Apoyar a la paciente y motivar a mantener su fe.</p>	<p>> Brindarle apoyo y seguridad.</p> <p>> Orientarle para que acuda a su Iglesia y solicite apoyo del sacerdote.</p> <p>> Conversar acerca de sus creencias, motivar en que confie en si misma y por lo tanto en Dios.</p>	<p>> Se logra el objetivo.</p>

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RECUPERACIÓN

30-6-00 Paciente semidormida con facies pálida, signos vitales T.A. 120/80, FC 90X', FR 24,
21-23hs. TEMP. 36°. No hubo otra observación.

HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA

1-07-00 1er. día post-operatorio: Paciente con buen confort. Se siente tranquila y da gracias a Dios,
8-10hs. de que ya fue operada y está con vida.

2-07-00 2do. día post-operatorio: Paciente deambulando con un poco de movimiento a consecuencia
8-10hs. del sistema urinario permanente; su autoestima ha mejorado y sus creencias mejor
definidas.

3-07-00 3er. día post-operatorio: Paciente con pre alta en una mejor condición de confort; se
8-10hs. muestra feliz porque ya se integra a su familia, e irá a la Iglesia a dar gracias a Dios.
Se dan indicaciones del plan de alta que llevará para una rápida recuperación.

VISITA DOMICILIARIA

6-08-00 Se encuentra paciente asintomática confortada, feliz con Dios y solo quiere estar bien para
12hs. llevar a cabo su vida cotidiana.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causas de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V C					
T R A B A J A R Y R E A L I Z A R S E	D.- Dependencia económica de la aportación que le brindan sus hijos. I.- No existe limitación física para realizar trabajos.	X		> Falta de independencia económica en relación a la dependencia del apoyo que le brindan sus hijos.	> La paciente incrementará su interés por realizar algún trabajo.	> Apoyo emocional. > Orientación creativa.	> Platificar con la paciente a cerca de las múltiples actividades que puede realizar. > Incentivarla durante todo el transcurso de la conversación. > Infundirle confianza y seguridad en si misma. > Favorecer su autocuidado y su autoestima.	> Se logra parcialmente los objetivos ya que no le gustan mucho las manualidades.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA

- 1-07-00 1er. día de Post-operatorio. Paciente consciente un poco pálida, desea regresar rápido a 8-10hs. su núcleo familiar e iniciar sus labores cotidianas.
- 2-07-00 2do. día de Post-operatorio. Paciente asintomática, deambulando con sistema urinario 8-10hs. permanente. Escucha música.
- 3-07-00 3er. día de Post-operatorio; deambulando con ejercicios de micción horaria por retiro de 8-10hs. sonda. Con pre alta; se indicó el plan de alta a ella y su familiares.

VISITA DOMICILIARIA.

- 6-08-00 Se encuentra paciente deambulando por su sala, con deseos de efectuar sus actividades. 12hs. Escucha música ranchera y ve mucha televisión. Proximamente venderá antojitos en la feria del pueblo.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1	2	3		4	5	6	7	8
Necesidad	Manifestación del problema	Causa de la dificultad		Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Planeación de los cuidados	Intervención de Enfermería	Evaluación
		F	V	C				
<p style="text-align: center;">A C T I V I D A D E S R E C R E A T I V A S</p> <p style="text-align: center;">J U G A R P A R T I C I P A R E N</p>	<p>D.- Desinterés por las actividades recreativas y desconocimiento de diversas actividades.</p>	X	X	X	<p>> Desinterés por realizar actividades recreativas relacionada por falta de voluntad y conocimiento de las mismas.</p>	<p>> La paciente realizará actividades recreativas.</p> <p>> Educación y terapia recreativa.</p>	<p>> Conversar con la paciente acerca de las propias capacidades que posee.</p> <p>> Orientaría para que asista a un parque recreativo cercano en su domicilio.</p> <p>> Animaría para que acuda de una a dos veces por semana a capacitación de actividades en su comunidad por parte de Instituciones gratuitas.</p>	<p>> Es muy renuente a las actividades recreativas pero sin embargo prometió hacer algo útil para si misma.</p>

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACION GINECOLOGICA

- 1-07-00 1er. día Post-operatorio: Facies tranquila, un poco pálida, deseos de irse a su domicilio.
21-23hs. Se comporta y se orienta en su recuperación.
- 2-07-00 2do. día Post-operatorio: Asintomática; deambula a un con su sonda Foley; signos
8-10hs. vitales estables, come bien, toma líquidos abundantes.
- 3-07-00 3er. día Post-operatorio: Pre alta, escucha música; se orienta en sus actividades de alta
8-10hs. a ella y sus familiares para ser recibido en ambiente familiar seguro.

VISITA DOMICILIARIA

- 6-08-00 Se encuentra paciente escuchando música y con su autoestima mejorada, así como su
12hs. autocuidado.

G. Arzate Izquierdo

Plan de Cuidados

1 Necesidad	2 Manifestación del problema	3 Causas de la dificultad			4 Diagnóstico de Enfermería	5 Objetivos	6 Planeación de los cuidados	7 Intervención de Enfermería	8 Evaluación
		F	V	C					
A P R E N D I Z A J E	D.- Deficiencia de conocimiento. I.- Entiende rápidamente lo que se le explica.			X	> Alteración de los procesos del pensamiento; relacionado con deficiencia en el conocimiento de su padecimiento manifestado por incertidumbre.	> La paciente entenderá lo que implica su padecimiento y recuperación.	> Educación Para la salud.	> Enseñar de acuerdo a su nivel cultural sobre su padecimiento.	> Se observa interés por aprender lo relacionado a su padecimiento por lo que los objetivos, trazados se logrará en forma total.
	D.- Información inadecuada por sus vecinos.								
	D.- Información que le brindan en su clínica, es insuficiente. I.- Demuestra interés en la información.			X	> Alto riesgo de alteración emocional relacionado con información inadecuada de vecinos manifestada por inquietud.	> Aprenderá su padecimiento en forma clara por la orientación del personal.	> Ilustraciones	> Apoyo de folletos para lograr y reforzar las explicaciones de su padecimiento. > Escuchar a la paciente para aclarar dudas.	> Se lograron los objetivos.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA

- 1-07-00 1er. día Post-operatorio: Paciente con buena coloración, tranquila, un poco deshidratada. Se forza líquidos; aprende rápidamente lo que se le indica para seguir su recuperación.
- 2-07-00 2do. día Post-operatorio: asintomática con ejercicios de micción para retiro de sonda 8-10hs. Foley continua su buena respiración.
- 3-07-00 3er. día Post-operatorio: Pre Alta: Paciente bien aseado, ya no tiene sonda Foley. Se encuentra feliz por su próxima salida. Se dan indicaciones a seguir en su domicilio.
- 6-08-00 12h.s VISITA DOMICILIARIA
Se encuentra paciente deambulando por su sala, con buen sentido del humor, platicadora, ha cumplido indicaciones de alta y se encuentra en una recuperación rápida.

G. Arzate Izquierdo

III.- CONCLUSIONES

Considero que la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería basado en una teoría o modelo, es una gran ventaja para profesionalizar la Enfermería, ya que los tiempos de avances tecnologicados y científicos, obligan a las diferentes disciplinas a dirigir su práctica acorde con esta evolución, la cual permite la delimitación propia en su quehacer; así mismo es conveniente que se profundice en los conocimientos teóricos y metodológico que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión hólística, que traduzca en un cuidado integral que permita un alto grado de reflexión y análisis en cada etapa y aún más basándose en el modelo de Virginia Henderson, implica tener una consulta bibliográfica permanente para fundamentar los conceptos y no perder de vista a la persona, entorno rol profesional, la Enfermería en sí, la salud y la propia enfermedad, ya que todo traduce a las necesidades del ser humano.

Si bien trabajar con estos conceptos resulta complejo, dado la poca habilidad que se posee para ello.

Entendiendo que hay mucha diferencia entre el Proceso de Atención de Enfermería que anteriormente aprendí con el que actualmente estoy aplicando, por que pude comparar que nuestra función es valorar por nosotras mismas las necesidades del ser humano y poder planear nuestras intervenciones y no solo cumplir ordenes medicas, sin poder evaluar nuestras propias acciones en la recuperación de la salud del individuo.

Una de las limitaciones con las que me encontré es que se me dificultó por falta de habilidad, el determinar y construir los diagnósticos de Enfermería, esto es también una limitante el que en la práctica de Enfermería aún no se lleve a cabo el cuidado basado en el Proceso de Enfermería con base teórica y en forma sistemática dentro de las unidades institucionales de salud.

Haciendo una reflexión; lo que implica el desarrollo de la Enfermería, nos damos cuenta que está situada entre el pasado y el futuro, ya que fue durante muchos años un Arte y una Práctica, basada en la filosofía del amor al prójimo. Y que se va forzando a muchos ajustes dentro de la profesión en un contexto social. Que obligan a las diferentes disciplinas a redirigir su práctica.

Por lo tanto la Enfermería con esta evolución ha venido realizando cambios, y uno de ellos ha sido la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería; y aún más deberíamos de elaborar y aplicar uno de acuerdo a nuestro país, ya que las necesidades del individuo pudieran ser las mismas, pero la tecnología y los recursos con los que disponemos son menores.

Para concluir deberíamos contribuir cada uno de nosotros, en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en nuestra actividad Profesional, Institucional o en la Práctica Privada y así estaremos contribuyendo en el cambio que se espera en nuestra profesión.

IV.- SUGERENCIAS

- Difundir el Proceso de Atención de Enfermería para que el personal tome conciencia de su profesión y cumpla con su rol de su competencia.
- Que en las Instituciones de salud, capaciten al personal de antigüedad, para actualizarlas en la metodología del Proceso y participen en la elaboración y aplicación de los cuidados de Enfermería.
- Que las Instituciones Educativas como asistenciales lleven a cabo reuniones con frecuencia para determinar la forma de aplicar el Proceso y el Modelo a seguir según las necesidades de nuestro país.
- Que el gremio mexicano de profesionales en Enfermería en coordinación con otras disciplinas, contribuyan para elaborar nuestro propio modelo de Atención para el individuo sano o enfermo.
- Que las autoridades de nuestra magna Institución; faciliten la creación para ser sede en Tapachula, Chiapas de la licenciatura y de nivel técnico como en otras ciudades.
- Que en las Facultades y Escuelas de Enfermería el Proceso de Atención de Enfermería se incluya como materia básica en su plan de estudio.

V.- GLOSARIO

A.N.A. American Nurses Association

Curandera: Persona que se dedicaba a la medicina sin tener título para ello y no aplicando las prescripciones de la ciencia medica.

Epistemología: Ciencia que se ocupa del conocimiento y del modo como se llega a la verdad.

F.U.P. Fecha Ultimo Parto

F.U.R. Fecha Ultima Regla

GESTA Gestación

Holistico/holismo: Es una de las formas de evolucionismo, una superación del naturalismo.

Leucorrea: Líquido blanquecino secretado por el útero o exudado por la vagina.

Milenario: Periodo de mil años // Hecho histórico.

Menarca: Inicio de la primeras menstruación.

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

Paradigma: Ejemplo o ejemplar.

Pitoniza: Sacerdotisa de Apolo, que daba los oráculos en el templo de Delfos sentada en el tripo de //Encantadora, hechicera.

Pte. Paciente

PARA Paridad

PARIDAD: Partos Vaginales

P.A.E. Proceso de Atención de Enfermería

P.R.N. Por Razón Necesaria

P. A. Presión Arterial

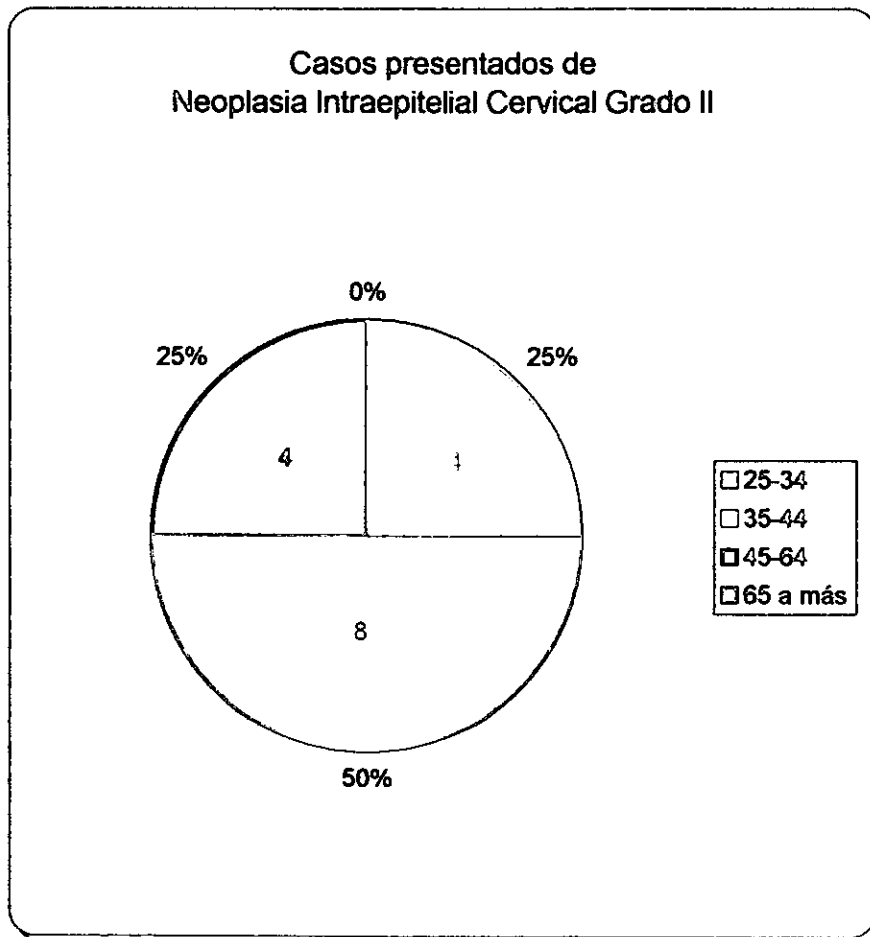
Qco. Quirúrgico

Supuesto: Objeto y materia que no se expresa en la proposición; pero es aquello de que depende, o en que, consiste o funda la verdad de ella.

T. A. Tensión Arterial

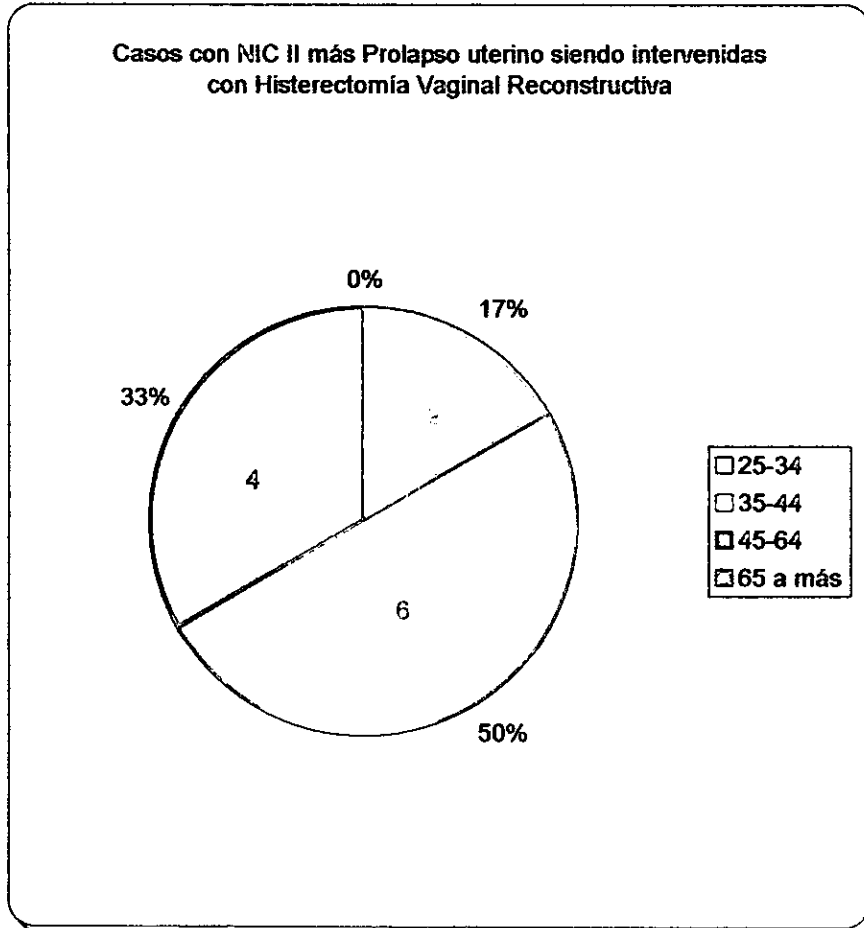
ANEXOS

Anexo 1



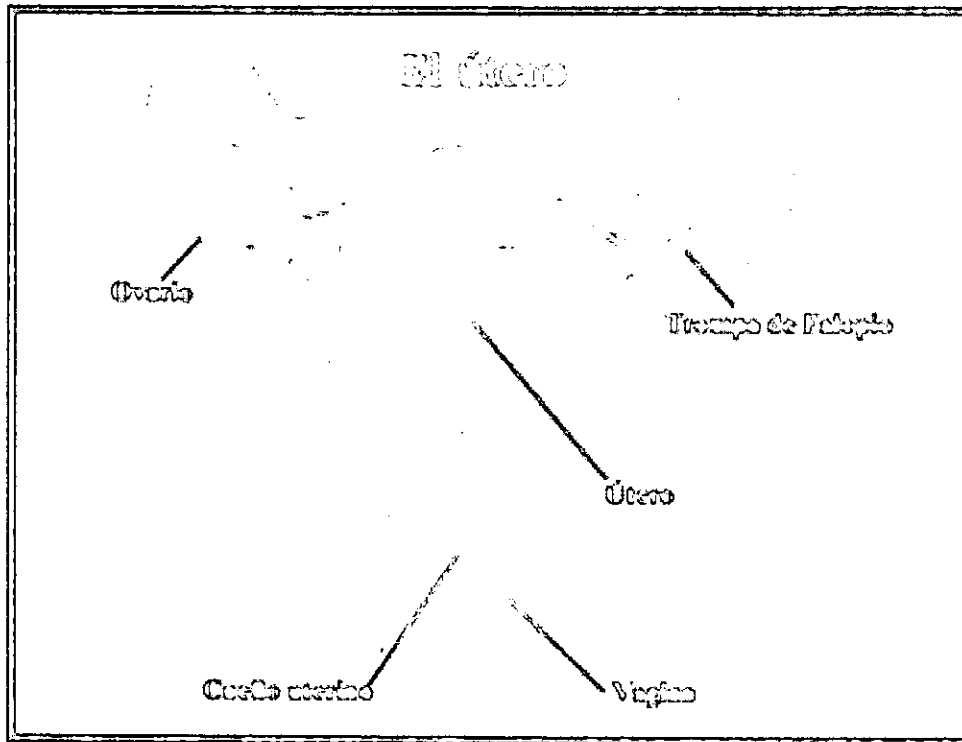
Fuente: Libreta de registros de la Clínica de Displasias del H.G.Z. No. 1, Tapachula, Chiapas. De 100 pacientes ingresadas del 1ro. de enero al 1ro. de junio del 2000.

Apexo 2



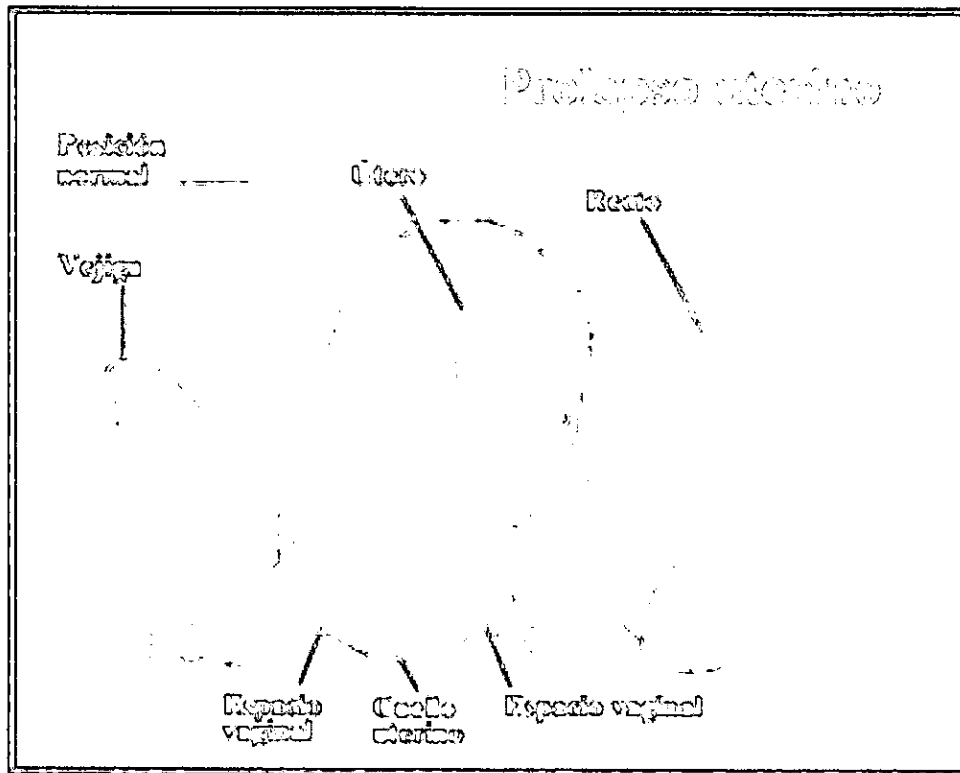
Fuente: Libreta de registros de la Clínica de Displasias del H.G.Z. No. 1, Tapachula, Chiapas. De 100 pacientes ingresadas del 1ro. de enero al 1ro. de junio del 2000.

ANEXO 3



Órganos Sexuales Femenino

ANEXO 4



ANEXO 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACION

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Ocupación _____ Estado Civil _____ Religión _____

Escolaridad _____ Domicilio _____

Teléfono _____ Institución de Salud _____

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION:

¿Fuma UD.? SI ___ NO ___

¿Desde cuando Fuma? _____

¿Cuántos Cigarrillos _____ o Puros _____ se Fuma al Día?

¿Varia de Cantidad, según su Estado Emocional? Si ___ No ___

¿Cómo? _____

¿Convive Usted con Fumadores ? SI ___ NO ___ ¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? SI ___ NO ___

Especifique _____

¿Su Casa está bien ventilada? SI ___ NO ___

¿Realiza Ud. algún tipo de ejercicio físico? SI ___ NO ___

Especifique _____

2.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

¿Cual es su Patrón Habitual de Período Menstrual? Especifique

¿Presenta Dolor? Antes del Período ___ Durante el Período ___ Después del Período ___ ¿Como controla el dolor?

Especifique _____

¿Cuantas Veces Evacua al Día? Especifique _____

Características _____

¿Cuántas Veces Orina al Día? Mencione Número y Características

¿Presenta Dolor, Ardor u Otra molestia ¿Cuál?

¿Como influye su estado emocional en la eliminación? Describa

El cambio de su Entorno, modifica los hábitos de Eliminación
Acostumbrados?

Explique _____

¿Que Tipo de hábitos higiénicos utiliza en la eliminación?

3.-NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:

¿Tiene Ud. Antecedentes Familiares de Obesidad? NO _____ SI _____

¿Quién? _____

¿Tiene Familiares con Desnutrición? NO _____ SI _____

¿Quien? _____

¿Son Variados sus Hábitos Alimenticios? NO _____ SI _____

Especifique _____

¿Lleva Ud. Alguna Dieta en Especial? NO _____ SI _____

¿Cual? _____

¿Con quién come Habitualmente?

¿Donde Acostumbra a Comer?

¿Tiene algún Problema con su Apetito? NO _____ SI _____

Especifique _____

¿Tiene Dificultades para Controlar Peso? NO _____ SI _____

¿Toma líquidos al Día? Especifique cantidad y que tipo de líquidos:

¿Que dificultad encuentra para Prepararse Alimentación Adecuada?

Describe _____

¿Conoce los requerimientos de alimentos y líquidos que debe Ud.

Consumir por su Edad y sus Actividades? NO ___ SI ___

¿Los cumple? NO ___ SI ___

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

¿Habitualmente cual es su postura? De Pie ___ Sentado ___ Ambos

___ Caminando ___ ¿Se Considera Ud. una Persona activa? ___ o

¿Sedentaria? _____

¿Conoce la Importancia de las medidas Saludables de Vida con respecto a ésta

necesidad? NO ___ SI ___

¿Como cuales? _____

¿Conoce como Realizar Ejercicios que Mejore su Movilidad? NO ___ SI ___

¿Cómo cuales? _____

¿Considera que sus Emociones Influyen en ésta Necesidad? NO ___ SI ___

Mencione _____

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Dormir y Descansar:

¿Duerme Ud. bien? SÍ ___ NO ___ Porque _____

¿Cuántas horas Duerme por la Noche? _____ ¿Duerme siesta? NO ___ SI ___

¿Cuántas Horas? _____ ¿Habitual mente Duerme? Solo ___ Acompañado ___

¿Que sentido tiene para Ud. el Dormir Como Rutina?

Obligación ___ Placer ___ Evasión ___ Compensación ___

¿El Lugar donde Duerme Favorece su Descanso y Sueño? NO ___ SI ___

¿Por qué? _____

¿Que hace Normalmente cuando necesita Descansar?

Leer ____ Dormir ____ Relajarse ____ Escuchar Música ____

¿Como la Influencian las Emociones en la Necesidad de Dormir y Reposar? En situaciones como? Estrés ____ Ansiedad ____

Describe Ud. _____

EXPLORE: Ojeras, Bostezo, Cansancio, Hipodinamia, Astenia _____

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR:

¿Necesita ayuda para vestirse? NO ____ SI ____

¿Se afecta su Modo de Vestir? En Situaciones de: Estrés ____ Conflicto ____

¿Cómo? _____

¿Tiene algún tipo de Indumentaria? Relacionada con Valores o Creencias que Considere necesario Mantener:

¿Cómo? _____

¿Tiene algún objeto, Accesorio de Vestir que tenga Significado Especial?

¿Cual? _____

¿En que Forma le Afecta el Vestirse o Desvestirse en un Sitio Extraño?

Ante personas _____ Con ayuda _____ Intimidad _____

7.-NECESIDAD DE TERMOREGULACION:

¿Qué Temperatura le Produce Sensación de Bienestar? Calor ____ Frio ____

¿Con alguna Creencia o Valor que Mediatice sus Comportamientos en la Necesidad de Termorregulación? Frotar Alcohol ____ Cubrir los pies ____
Cubrir la Cabeza ____

¿Que Recursos Utiliza como bebidas para aumentar la Temperatura Corporal?

El licor ____ Café ____

¿Las emociones de Miedo y Ansiedad Sabe como Controlarlas? Especifique

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

¿Cada Cuando se Baña? _____ ¿Se lava los Dientes?

SI _____ NO _____ Con qué frecuencia _____

¿Utiliza Cepillo de Dientes? SI _____ NO _____

¿Aseo de Manos la Realiza? Antes de Comer? _____

¿Después de ir al Sanitario? _____

¿Tiene Preferencia de Horario Respecto a su Aseo Diario? ¿Cuál? _____

¿Tiene por Costumbre Utilizar Algún Producto Especifico?

Como Colonia _____ Antisépticos _____ Compresas _____ Aceites _____

¿Ante situaciones de Estrés o Conflictos se Afecta su Necesidad de Higiene?

Como:

Aumento de Transpiración _____ Aumento de Secreciones _____

9.-NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

¿Cuando Recibe Alguna Noticia Agradable, Como reacciona? Eufórico _____

Paralizado _____

¿Cuando la Noticia es Desagradable, como reacciona? Deprimido _____ Inquieto _____

Si en casa Tienen Bebidas Tóxicas, ¿Qué Medidas Toma?

¿Checa periódicamente las Instalaciones de Gas y Eléctricas? SI _____ NO _____

¿Cuenta con Esquema de Vacunación Completa? SI _____ NO _____

¿Se Realiza su Examen Periódico de Mamas? SI _____ NO _____

¿Conoce las Medidas de prevención de Enfermedades Infectocontagiosas?

SI _____ NO _____

¿Sabe que medidas tomar si hubiera Tormenta, rayos, inundaciones y fuego?

SI _____ NO _____

¿Pertenece a Organizaciones, Asociaciones a Grupos Social o Religioso?

SI _____ NO _____ ¿Cómo ha Reaccionado la Familia Ante sus Problemas Actuales de Salud? Mencione _____

10.-NECESIDAD DE COMUNICACION:

¿Que Tipo de humor Tiene por la General? Deprimido ___ Alegre ___

¿Tiene a menudo cambios en el Humor? SI ___ NO ___

¿Existe algún Conflicto Importante de Relación con su Familia? SI ___ NO ___

¿Cual? _____

¿Con cual de sus Familiares tiene mejor Relación? _____

¿Porque? _____

¿Tipo de Vivienda? Propia ___ Alquilada ___ De Material de Cemento ___

Material de Lamina ___ De Material de Madera ___ Cuantos cuartos ___

Espacio: Grande ___ Pequeño ___

¿Siente que sus Necesidades Sexuales están cubiertas de Forma satisfactoria? SI ___

NO ___ ¿Porque? _____

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES:

¿En que Tipo de Creencias Religiosas fue Educado en su Infancia?

¿Cual? _____

¿Cuales son los Valores Relevantes propios de su Grupo Familiar?

Honestidad ___ Unión Familiar ___ Al Trabajo ___ Al Dinero ___ Al Exito ___ Al

Ocio ___.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

¿Cómo se siente con relación a su Trabajo?

Mencione _____

¿Su Remuneración le permite Cubrir sus Necesidades Básicas y/o las de su Familia?

SI ___ NO ___ ¿Porque? _____

¿Su ocupación le Origina Conflictos con sus Familiares? SI ___ NO ___

¿Porque? _____

¿Su Tratamiento Quirúrgico Actual le Origina Problemas Laborales? SI ___ NO ___

¿Porque? _____

¿A recibido Apoyo en su Grupo de Trabajo? SI ___ NO ___

¿En que forma? _____

¿Cómo vive Ud. su Situación Actual? Mencione

¿Conoce Ud. la Existencia de los recursos de Apoyo Disponibles en la comunidad?

SI ___ NO ___ ¿Los Utilizaría? SI ___ NO ___

¿porqué? _____

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

¿Qué Actividades Recreativas Desarrolla en su tiempo libre? ¿Cuales son? _____

¿Cuenta con los Recursos para poder dedicarse a las Actividades que le Agradan?

SI ___ NO ___ ¿Porque?

¿Conoce los Centros Recreativos de su Comunidad? SI ___ NO ___

¿Cuales Son? _____

¿Ha Participado en Competencias o Partidos? SI ___ NO ___

¿Qué Tiempo Hace? _____

¿Su Situación Actual Implica Modificar sus Actividades? SI ___ NO ___ ¿Porque?

¿Aceptaría Ud. Apoyo de Amigos, Familiares, Enfermeras para que Pudiera

Satisfacer esta Necesidad? SI ___ NO ___

¿Porque? _____

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

¿Qué Estudios ha Realizado? _____

puede Leer y Escribir? _____

¿Qué Situaciones o Cosas se le Hace Difícil Aprender?

¿Tiene Conocimiento de su Estado Actual?

¿Conoce lo que es el Autocuidado para su Caso? Si ___ NO ___

¿Considera que sus cuidados son Suficientes? SI ___ NO ___

¿Desearía Incrementar su Aprendizaje sobre su Estado Actual? En Autocuidado
_____ Hábitos de Vida _____

Otros _____

Diagnósticos de Enfermería:

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICÍA
S.U.A.

HISTORIA CLÍNICA

I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Religión: _____
Estado Civil: _____
No. de Afiliación: _____
Lugar de Origen: _____
Escolaridad: _____
Profesión: _____
Ocupación: _____
Nacionalidad: _____
Fecha: _____

II.- PADECIMIENTO ACTUAL

III.-ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:

Residencia:

Paredes:

Techos:

Pisos:

Agua Potable:

Luz:

Drenaje:

Alimentación:

Semana.

IV.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Abuela Paterna:

Abuelo Paterno:

Abuela Materna:

Abuelo Materno:

Madre:

Padre:

Hermanos:

Esposo:

Hijos:

V.- ANTECEDENTES PERSONALES Patológicos

Propias de la Infancia.

Varicela: _____
Sarampión: _____
Quirúrgicas: _____
Alergias: _____
Transfuncionales: _____
Traumáticas: _____
Alcohólicas: _____
Tabaquismo: _____
Drogadicción: _____

VI.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

Menarca: _____
V.S.A.: _____
GESTA: _____
PARA: _____
Abortos: _____
Cesárea: _____
FUR: _____
FPP: _____
S. GESTA: _____
FUP: _____ Peso: _____

VII.- EXPLORACIÓN Física

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Datos Generales: _____
Aparato músculo esquelético: _____
Aparato respiratorio: _____
Aparato Cardiovascular: _____
Aparato Genito-Urinario: _____
Sistema Nervioso Central: _____

Sistema Especiales

Ojos: _____
Nariz: _____
Boca y Garganta: _____
Estado Emocional: _____
Cabeza: _____
Cuello: _____
Tórax: _____
Mama: _____
Campos Pulmonares: _____
Abdomen: _____
Genitales: _____
Extremidades: _____
Columna Vertebral: _____

VIII.- ESTUDIO DE LABORATORIO

IX.- TERAPEUTICA EMPLEADA

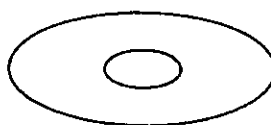
X.- Dx ENFERMERÍA

ANEXO 7

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



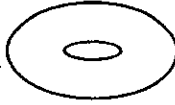
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE
DISPLASIAS Y CÁNCER CERVICO UTERINO

Núm. de afiliación

I.- Unidad que otorga la atención			
Unidad Médica _____		Delegación _____	
Servicio _____	Consultorio _____	Fecha _____	
		Día	Mes
		Año	
II.- Identificación de la Paciente			
U. de Adscripción _____		Consultorio _____ M	
Nombre _____		Edad _____ años	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s)			
Lugar de residencia _____			
Calle y Número		Colonia o Localidad	
Municipio o delegación política _____		Teléfono _____	
Entidad Federativa		C. P.	
III.- Unidad Que envía y motivo de referencia			
Unidad Médica: _____		Fecha de envío _____	
Servicio: _____		Día Mes Año	
Motivo de envío		Delegación: _____	
(1) Probable por citología cervical, efectuada:		(2) Sospechosa por datos clínicos	
[1] Por primera vez en la vida [2] Subsecuente		Resumen de los hallazgos a la exploración: _____	
Resultado citológico _____			
Fecha de la toma _____			
Día Mes Año			
Laboratorio que reportó _____			
IV.- Antecedentes citológicos			
Fecha de toma	Fecha de toma	Fecha de toma	Fecha de toma
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
V.- Factores de riesgo			
Edad de inicio de relaciones sexuales _____	Tabaquismo [1] Si, número por día _____ [2] No		
Edad al primer embarazo _____	Infección con el virus del papiloma humano		
Número de embarazos _____	[1] Si, método diagnóstico _____ [2] No		
Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____	Immunodeficiencia congénita o adquirida		
Escolaridad _____	[1] Si, especifique _____ [2] No		
VI.- Diagnóstico			
No	1.- Practicó Colposcopia [1] Si [2] No	2.- Fue satisfactoria [1] Si [2] No	
	_ _ _ _ _ _ _		
3.- Resultados		Fecha	
		Día Mes Año	
<input type="checkbox"/> Sin alteraciones	<input type="checkbox"/> Neoplasia invasora		
<input type="checkbox"/> Alt. Infl. Inespecificas	<input type="checkbox"/> Pólipo		
<input type="checkbox"/> VPH	<input type="checkbox"/> Adenosis		
<input type="checkbox"/> NIC	<input type="checkbox"/> Quiste		
	<input type="checkbox"/> Fibroma		
4.- Otra alternativa diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Biopsia directa	<input type="checkbox"/> Legrado endocervical	<input type="checkbox"/> Cepillado endocervical	
<input type="checkbox"/> Cono diagnóstico	<input type="checkbox"/> Otra: _____		
5.- Conducta seguida			
<input type="checkbox"/> [1] Se envió tejido para confirmación histológica	<input type="checkbox"/> [2] Alta con control citológico anual	<input type="checkbox"/> [3] Referencia otra unidad	
Pase a 8			

6.- Resultados histológicos <input type="checkbox"/> [1] Tejido de cérvix normal <input type="checkbox"/> [2] Cervicitis aguda o crónica <input type="checkbox"/> [3] Displasia leve (Nic1) <input type="checkbox"/> [4] Displasia moderada (Nic2) <input type="checkbox"/> [5] Displasia severa (Nic3)	7.- Fecha del resultado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small> <input type="checkbox"/> [6] Cáncer in situ (nic3) <input type="checkbox"/> [7] Cáncer microinvasor <input type="checkbox"/> [8] Cáncer invasor <input type="checkbox"/> [9] Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> [10] Sarcoma y otros tumores
<input type="checkbox"/> [11] Maligno no especificado <input type="checkbox"/> [12] Insuficiente para diagnóstico Hallazgos adicionales <input type="checkbox"/> [1] Infección viral con VPH <input type="checkbox"/> [2] Infección viral con Herpes	
Observaciones: _____ _____ _____	
8.- La paciente fue referida para tratamiento a otra unidad [1] SI [2] NO	
8.1.- Unidad a la que fue referida: _____	8.2.- Fecha de referencia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small>

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VPH, DISPLASIAS O CÁNCER IN SITU

VIII.- Procedimiento utilizado		Fecha de inicio del tratamiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small>
<input type="checkbox"/> [] Vigilancia <input type="checkbox"/> [1] Citología [2] Colposcopia Períodicidad <input type="checkbox"/> [1] Semestral [2] Anual	<input type="checkbox"/> [] Tratamiento conservador <input type="checkbox"/> [1] Crioterapia [2] Laserterapia [3] Electrocirugía Control Citológico y colposcópico <input type="checkbox"/> [1] Semestral [2] Anual [3] Otro: _____	<input type="checkbox"/> [] Cirugía <input type="checkbox"/> [1] Histerectomía simple <input type="checkbox"/> [2] Histerectomía radical <input type="checkbox"/> [3] Otra: _____
El tratamiento fue efectuado por <input type="checkbox"/> [1] Ginecólogo <input type="checkbox"/> [2] Colposcopista <input type="checkbox"/> [3] Cirujano Oncólogo <input type="checkbox"/> [4] Otro		
Observaciones y Recomendaciones: _____ _____ _____		
IX.- Seguimiento clínico y control		
9.1.- Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Resultado de Exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____		Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____
		
9.2.- Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Resultado de Exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____		Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____
		
9.3.- Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Resultado de Exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____		Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____
		
Fecha de última consulta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small>		X.- Motivo de alta <input type="checkbox"/> [1] Por mejoría <input type="checkbox"/> [4] Abandono del tratamiento <input type="checkbox"/> [2] Referencia a otra unidad <input type="checkbox"/> [5] Defunción por otra causa <input type="checkbox"/> [3] Paciente no localizada <input type="checkbox"/> [6] Defunción por CaCu
Tiempo de seguimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Meses</small>		
Intervalo libre de la enfermedad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="display: block; text-align: center;">Meses</small>		
Nombre y Categoría del responsable del llenado: _____ _____ _____		

ANEXO 8



ILUSTRACION COLPOSCOPICA DE
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL Y PROLAPSO UTERINO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE APOYO

- 1.- Henderson Virginia La Naturaleza de la Enfermería, Edt. Interamericana, Mc Graw-Hill, Barcelona, 1994. p. 37
- 2.- Vendier y Facons de Dire, Facons de Faire Pérez, Edt. Gallimard, Ed. 1980. p. 30
- 3.- Carrier, citado en Donahue "Identificación de los cuidados de la mujer, Historia de la Enfermería.", p. 20
- 4.- Donahue, M. Patricia, La Enfermería y Condición del Arte, en Historia de la Enfermería, Tr. por Picazo y Carmen Hernández, Ed. 1988, p. 435.
- 5.- Moran, Aguilar Victoria, Modelo de Enfermería, Edt. Trillas, Ed. 1993, México. p. 144
- 6.- Leddy Susan, Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional, OPS 1989. p. 21
- 7 y 9.- Bernal, Pineda Antología de Textos Filosóficos y Filosofía de Enfermería, ENEO-UNAM, México, 1997. p. 277 y p. 278
- 8, 10 y 19.- García Gutiérrez Ma. de Jesús, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1ra. Ed. Edt. Progreso, México, D. F. 1997. p. 11, p. 21, p. 24.
- 11 y 12.- Kozier Bárbara, Enfermería Fundamental, 4ª. Ed. Edt. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, España, 1993. p. 226 y p. 24
- 13.- Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, 3ra. Ed., Edt. Doyma, Barcelona, España, p. 170
- 14.- IMSS, Protocolo programa displasias, 1996, p. 9
- 15.- IMSS, Programa y tratamiento de displasias y C.A. – C.U., 1998, p. 11
- 16.- Trejo Solorzano Oscar, Protocolo Manejo Neoplasias Intraepitelial Cervical, ISSSTE, 1993. p. 20
- 17.- Michael J. Champion, Colposcopia Moderna Enfoque Práctico, 1995, Cap. 14, p. 217
- 18.- Antología y Psicología evolutiva ENEO-UNAM – SUA, México, D.F., 1998. p. 52

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

☞ Asociación Española de Enfermería Docente, Las Enfermedades del tercer milenio en La Asistencia Sanitaria a los cuidados de Salud, Sevilla, España, 1992.

☞ Antología, Psicología Evolutiva, UNAM-ENEO – SUA, 1998, México, D.F.

☞ Beltrán V. Carmen, et. al, Revista Nursing, Ed. Española No. 4 Vol. 14, abril 1996.

☞ Casado Ma. Isabel, et. al, Revista electrónica de Enfermería de Psicología, No. 1 Vol. 1 julio 1997.

☞ Carpenito, Lynda Juall. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. Edit. Harla. México, 1992.

☞ Colliere, Marie Francaise. Promover la vida. “De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería”. Barcelona, Interamericana, Mc Graw Hill, 1992.

☞ Corhel. ¿Qué es el Hombre?. Barcelona, Alianza 1989.

☞ Chomper, R. R. Modernización Curricular de los programas de pregrado en Enfermería. Santafé Bogotá, ICFES-ACOFAN, 1997.

☞ Donaldson, Sue K. et. al. “La disciplina de Enfermería” en Perspectives en Nursing Theory. Philadelphia, Lippincott Company, 1992.

☞ Colliere, Marie-Francoise- Promover la Vida. Edit. Interamericana. España, 1993.

☞ Fernández Ferrín, Carmen, *et.al.*, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995.

☞ Garzón, Nelly. “Bases Conceptuales de las Teorías y Modelos” en XIV Reunión de Licenciados en Enfermería. Monterrey, facultad de Enfermería de la UANL, Noviembre de 1993.

☞ Garrido B. Margarita, Revista de Enfermería al día, febrero de 1994.

☞ Gauntlett. Patricia, *et. al.*, Enfermería Médico Quirúrgica, 2da. Ed. Vol.1, adaptación Susana Salas y Ma. Teresa Alzaga. Edt. Mosby | Doyma, libros Madrid España, 1995.

☞ Henderson Virginia, Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Edit. McGraw-Hill, Madrid, 1993

☞ Henderson Virginia y Nite, Gladys. Enfermería Teoría y Práctica. Ed.3ra., Edt. La prensa Médica Mexicana S. A. México 1987.

☞ <http://www.encolombia.com/aparatos.htm>

☞ <http://www.ahcpr.gov/consumer/spanhyst/hstshe/13.htm>

☞ <http://www.drscop.com>

☞ Hinchliff. M. Susan, *et. al.*, Enfermería y Cuidados de Salud, Doyma, Madrid, España, 1995.

☞ Isenberg, Marjorie A. "Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su aplicación a la Práctica" en XIV Reunión de Licenciados en Enfermería. Monterrey, Facultad de Enfermería, UANL, 1993.

☞ López Ma. Concepción. Enfermería Sanitaria, 1ª. Ed. Nueva Edt. Interamericana, México, D.F., 1987.

☞ Marriener, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Edit. Mosby. Barcelona 1989.

☞ Michael J. Campión, Colposcopia Moderna un Enfoque Práctico. México 1995.

☞ Orem, Dorothea. Modelo de Orem. Barcelona, Doyma, 1995.

☞ Revista de Enfermería IMSS No. 2.3 vol. 1 Mayo-diciembre, 1988.

☞ San Martín, Hernán, et. al. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid, Díaz de Santos, 1998.

☞ Suzanne Kerovac, M.N.M., Se El pensamiento Enfermero, Tr. Mercé Arqué Blanco, Prof. Titular de Enfermería Medico-Quirúrgica, escuela Universitaria de Enfermería, Barcelona.