



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO EN ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO POR EMBARAZO
ECTÓPICO, MEDIANTE EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON.**

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

P R E S E N T A

BELIA MIRANDA HERNÁNDEZ

No. CTA. 402121895

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. QUERUBÍN ENRÍQUEZ GONZÁLEZ



MÉXICO, D.F

OCTUBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A MI DIOS

Por haberme dado la vida y permitir el término de mis estudios,

A MI DIRECTOR DE TRABAJO

Lic. Querubín Enríquez González

Por su tiempo, profesionalismo, respeto e interés en mí proceso.

A MI PACIENTE

Sra. Verónica R.V

Por su colaboración en la realización de este proceso.

A MI ESPOSO

Lic. José Guillermo Balderas Ortiz

A MIS HIJOS

Lic. Belia Laura Balderas Miranda
Lic. Guillermo Francisco Balderas Miranda

Con especial cariño y admiración por su gran esfuerzo brindado en cada uno de los momentos más importantes de mi vida. Por su valioso tiempo que me han regalado, su compañía, confianza y lo más importante su amor.

MI MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO Y AFECTO

A MIS PADRES

Francisco Miranda Solórzano +
Elisa Hernández Sandoval

A MIS HERMANOS

Elisa Miranda Hernández
Hugo Noel Miranda Hernández
Livier Miranda Hernández
Francisco Humberto Miranda Hernández

MI RESPETO Y AGRADECIMIENTO

A mis Maestros, Compañeros y Amigos, que me brindaron sus conocimientos, apoyo y amistad para llegar al término de mi carrera.

A todo el personal de Enfermería del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, ya que gracias a su apoyo incondicional logré alcanzar una de las principales metas dentro de mi profesión, servir a la humanidad.

DECÁGOLO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería le compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las persona ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes se atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.
4. Asumir su responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujetos de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10 Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales

RELEXIONES

SEÑOR JESÚS

TE DOY GRACIAS POR HABERME ESCOGIDO PARA ENFERMERA.
TENER COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO, A PACIENTES Y PERSONAL
DE ENFERMERÍA.

Y BRINDARLES LO SIGUIENTE:

LOS ESCUCHE Y AYUDE A RESOLVER SUS PROBLEMAS Y
NECESIDADES.

CUANDO TENÍAN FRÍO, LOS CUBRÍ.

CUANDO TENÍAN HAMBRE, LES DÍ DE COMER.

CUANDO TENÍAN SED, LES DÍ AGUA.

CUANDO ESTABAN TRISTES, LOS CONSOLÉ.

Y LO QUE MENCIONA VIRGINIA HENDERSON
QUE LA ENFERMERA DEBE SER:

TEMPORALMENTE LA CONCIENCIA DEL INCONCIENTE.

EL APEGO A LA VIDA DEL SUICIDA.

LA PIERNA DEL AMPUTADO.

LOS OJOS DEL RECIEN CEGADO.

UN MEDIO DE LOCOMOCIÓN PARA EL NIÑO.

EL PORTAVOZ DE LOS DEMASIADO DÉBILES O RETRAÍDOS PARA
HABLAR,

EN CONDICIONES DE CONVALECENCIA, LA ENFERMERA AYUDA AL
PACIENTE A LOGRAR O RECUPERAR SU INDEPENDENCIA.

CUANDO NO HABÍA POSIBILIDADES DE QUE EL PACIENTE SE
RECUPERARA Y PASABA A FASE TERMINAL, LO AYUDABA A ÉL Y A SU
FAMILIA, TANATOLÓGICAMENTE, PARA QUE COMPRENDIERAN ESA
ÚLTIMA ETAPA DE NUESTRA VIDA Y ENTENDIERAN QUE SU MISIÓN
AQUÍ EN LA TIERRA HABÍA TERMINADO Y LO QUE LE ESPERABA EN LA
VIDA ETERNA, YA QUE EL SER HUMANO NO SOMOS CAPACES O NO
QUEREMOS POR MIEDO, ENTENDER Y PENSAR SOBRE LA MUERTE Y
ES POR ELLO QUE NO ESTAMOS PREPARADOS, Y NO QUEREMOS
RECONOCER ” **QUE NACEMOS PARA MORIR** “.

SEÑOR, ESPERO QUE EN EL SERVICIO QUE BRINDE NO TE HAYA
FALLADO, Y SI OMITÍ HACER ALGO POR MÍ PRÓJIMO “ **PERDÓNAME** “.

TODO SER HUMANO TENEMOS UNA MISIÓN IMPORTANTE QUE
REALIZAR EN ESTA VIDA, QUE ES:

“ **AMAR Y APRENDER PARA PODER DAR** “

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	
2. OBJETIVOS	2
3. METODOLOGÍA	3
4. MARCO TEÓRICO	
4.1 Proceso atención de enfermería	5
4.1.1 Historia	6
4.1.2 Definición	7
4.1.3 Objetivo	7
4.1.4 Organización	8
4.2 Modelo de Virginia Henderson	11
4.2.1 Supuestos principales	11
4.2.2 Afirmaciones teóricas	11
4.2.3 Necesidades básicas	14
4.3 Necesidad de descanso y sueño	15
5. VALORACIÓN	20
6. DIAGNÓSTICO	33
7. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	35
8. PLAN DE ALTA	53
9. CONCLUSIONES	55
10. GLOSARIO	56
11. BIBLIOGRAFÍA	59
12. ANEXOS	61

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería como disciplina científica ha evolucionado a lo largo de su historia en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional. Hoy día, los profesionales que pertenecemos a esta disciplina, debemos considerarnos privilegiados al poder asistir a un punto de inflexión, en todos los sentidos, que sentará las bases de la Enfermería del futuro. Sin embargo, no podemos limitarnos a desempeñar el papel de meros espectadores, sino que, es nuestra obligación y responsabilidad ser protagonistas directos de este cambio.

Lo que se propone con el Proceso de Atención de Enfermería que se presenta, es mostrar a través de una metodología que guíe las acciones de enfermería, los elementos necesarios para realizar actividades acordes a las necesidades del paciente que cursa con EMBARAZO ECTÓPICO (ver anexo 1).

Este proceso se desarrolla tomando como fundamento teórico, las 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas, están interrelacionadas entre si, cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos. (Virginia Henderson).

El Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado en una adulta joven en la que se detectó como principal necesidad alterada la de descanso y sueño por embarazo ectópico. Explicando de manera breve, las actividades realizadas para satisfacer las necesidades alteradas, así como la evaluación a éstas.

Como parte final del trabajo se presenta el plan de alta que está enfocado a mejorar en lo posible la calidad de vida de la paciente.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Emplear el proceso atención de enfermería usando el modelo de Virginia Henderson para brindar un cuidado integral, individual y holístico en el paciente con alteración en su salud.

Objetivos Específicos

- Incrementar la calidad de cuidado que se ofrece a los pacientes empleando una herramienta para la continuidad de los cuidados.
- Usar instrumentos que faciliten el manejo de la metodología de la enfermera.
- Crear un plan de cuidados integral y personal para llevar a cabo una continuidad completa del paciente.

3. METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería se elaboró durante el mes de Marzo del 2006 en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, dentro del área de Gineco-Obstetricia (Unidad Toco quirúrgica y Hospitalización).

Se seleccionó una paciente adulta joven con alteración significativa en las necesidades de **descanso y sueño** por embarazo ectópico.

Valoración

Durante ésta etapa se inició la interrelación con la paciente, desde el preoperatorio hasta su egreso y se le pidió su autorización para aplicar el Proceso, de lo cual ella dió su consentimiento.

La recolección de datos se hizo mediante el formato de valoración realizado por la Academia de Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano de la ENEO – UNAM. Dichos datos fueron validados por el asesor del proceso, para posteriormente ser organizados según la teoría de Virginia Henderson, en datos de Independencia y datos de Dependencia.

Diagnóstico

La estructuración de los diagnósticos se realizó con base en la taxonomía de la NANDA (Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2003-2004) y el formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas).

Planeación

En esta etapa se priorizaron los diagnósticos, se determinaron los objetivos encaminados al paciente y se planearon las intervenciones de enfermería a realizar.

Ejecución

Se dió inicio a lo planeado, tomando para ello en cuenta tanto a la paciente como su familia y entorno.

Evaluación

Esta se llevó a cabo en cada etapa del Proceso, puesto que todas son de importancia sucesiva e interrelacionadas. Se evaluaron los resultados de las intervenciones con base en los objetivos planeados, tomando en cuenta en primer lugar la satisfacción de la paciente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Proceso Atención de Enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería es una técnica, herramienta ó estrategia utilizada para el cuidado de Enfermería. Es muy conocido a nivel mundial y en nuestro país, pero en la realidad aún no se ha aplicado en forma amplia como sería nuestra meta profesional ya que permite una comunicación unificada, eficaz y objetiva. (1)

La dificultad en su empleo permanece en la forma de entenderlo como un método sistemático, regular y secuencial, que permite la asistencia individualizada, la consecución de metas mutuas entre la persona usuaria y la enfermera y por consiguiente la administración del cuidado de enfermería. (2)

El aporte basado en la experiencia de la aplicación del proceso por parte de las autoras, será una herramienta facilitadora para el aprendizaje de los estudiantes del Proceso de Atención de Enfermería y el reforzamiento para el desempeño profesional, lo cual redundará en la calidad del cuidado y el beneficiará el desarrollo de enfermería a nivel del país. (3)

Con el Proceso de Atención de Enfermería se hace un énfasis especial sobre los registros de enfermería e introducir alguna de las varias posibilidades que pueden darse para ello. En cada servicio o en cada institución deberán adoptarse políticas para el establecimiento de normas que impidan que la presencia y evidencia de las acciones de enfermería pasen desapercibidas con lo cual se perpetuaría la afirmación que el personal de enfermería se puede sustituir. (4)

(1) Jiménez T. El Proceso de Enfermería Pág.5

(2) IBIDEM Pág. 5

(3) Jiménez de Esquenazi. El Proceso de Enfermería Pág. 6

(4) IBIDEM Pág. 12

El Proceso Atención de Enfermería, es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos y es cuando se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería. (5)

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario alimentan continuamente. Estas permiten la humanización e integridad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El Proceso de Enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados y la satisfacción y el progreso del paciente. (6)

4.1.1 Historia

EL Proceso atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959). Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación), y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al aumentar la etapa diagnóstica. (7)

Fue a mediados del presente siglo cuando enfermeras líderes y dinámicas se dieron cuenta de la necesidad de contar con un proceso clínico que le diera dirección específica a lo que es particular a la enfermería profesional. Fueron autores y estudiosos de enfermería como Abdellah, Henderson, Orem, Orlando, Travelbee y Weidenbach quienes le dieron a la enfermería una perspectiva sobre valoración, diagnóstico, planeamiento para intervenir y evaluar. (8)

(5) Orrego S. Métodos de Trabajo del Proceso Enfermero Pág.2

(6) IBIDEM Pág. 2

(7) Velásquez S. Método Enfermero Pág.1

(8) Jiménez de Esquenazi. El Proceso de Enfermería Pág. 5

4.1.2 Definición

El Proceso de Enfermería es el conjunto de la experiencia de la enfermería, pertenece al modelo predominante de investigación clínica para la enfermería profesional. Sirve para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

En estas condiciones, es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional de enfermería, emplea sus criterios, conocimientos, habilidades y destrezas al diagnosticar y brindar una respuesta humana a sus problemas y necesidades reales o potenciales que afectan su salud.

Según Yura y Walsh, el Proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación encaminadas a cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo, y si este estado se altera, promover, entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar.

Si no se puede llegar al bienestar, el Proceso de Enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar lo máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. (9)

4.1.3 Objetivo

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es constituir una estructura que pueda abarcar, las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Contempla también en una relación de interactuar entre el paciente y el profesional de enfermería, tomando en cuenta que el paciente es en primer término. Establece planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actúa para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. (10)

(9)Orrego S ,Método Enfermero Pág. 2

(10)Velásquez S. Método Enfermero Pág. 2

4.1.4 Organización

El Proceso de Enfermería esta organizado por cinco etapas importantes: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales se mencionan en el siguiente orden.

Valoración

La valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería. Se define como la obtención de datos de la salud de las personas, familia ó comunidad en forma intencionada, organizada y continua, la valoración como cada una de las demás etapas del Proceso de Enfermería es igualmente importante, es de gran relevancia porque es la base para determinar diagnósticos y tratamientos a las respuestas humanas y para la evaluación, logrando en esta forma los objetivos del cuidado del paciente.

La recolección de datos debe ser de forma sistemática y organizada y seleccionar los datos de importancia del paciente desde un enfoque integral, ya que a enfermería le interesa los diversos componentes de cada caso por la creencia que tiene que el ser humano interactúa con sus congéneres, con su medio ambiente físico y social y que la salud o la condición de alteración de la misma es el producto de estas relaciones donde las respuestas son totales ya sean de individuos, de un grupo familiar o de un grupo de la comunidad. (11)

Diagnóstico

En esta Segunda etapa, los datos se analizan y se interpretan utilizando un juicio crítico, conocimientos teóricos, habilidades y destrezas, solución de problemas, método para análisis y toma de decisiones para llegar a una conclusión diagnóstica de cuales son las necesidades y problemas que el paciente necesita que le sean resueltos. (12)

(11) Jiménez de Esquinazi. El Proceso de Enfermería Pág. 27

(12) IBIDEM. El Proceso de Enfermería Pág.28

Planificación

Es la tercera etapa del Proceso de Enfermería y se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas y es de importancia la participación del paciente así como una buena comunicación para garantizar el éxito del plan propuesto y corregir el problema. El planteamiento del cuidado con base en los diagnósticos identificados le da una característica de personalidad a esta etapa del proceso ya que se trata de hacer propuestas de tratamiento con bases científicas y con la orientación de las metas de enfermería en su campo de acción independiente. El planeamiento del cuidado de enfermería no es ajeno al diagnóstico médico ni puede contrariar las directrices del mismo, sin embargo los diagnósticos médicos orientan el tratamiento médico y los diagnósticos de enfermería guían los tratamientos de enfermería. En suma, los dos tipos de tratamiento más los de otras profesiones afines, constituyen el cuidado total. (13)

Componentes del planteamiento del cuidado

- a. Establecimiento de prioridades.
- b. Determinación de los resultados esperados
- c. Preparación de las intervenciones de enfermería.
- d. Registro del plan.

Ejecución

La cuarta etapa del Proceso de Enfermería se fundamenta en las tres que la preceden y es tan importante como las demás en el conjunto que constituye el ejercicio, profesional. En esencia la aplicación o ejecución del plan son las intervenciones que la enfermera desarrolla con el paciente y para el paciente con el fin de lograr los resultados esperados. El plan puede ser ejecutado por miembros del equipo de atención sanitaria, por el paciente o por su familia, según lo determina la persona responsable del cuidado y de lograr resultados.

Aún cuando la enfermera no realice todas las acciones, su participación es indispensable para enseñar, coordinar y evaluar los detalles de las acciones y los resultados. Las funciones que no debe delegar, son las de valorar, diagnosticar, planear el cuidado, ejecutar delegando parcialmente y evaluar como veremos en la próxima etapa. (14)

Evaluación

La evaluación es la quinta y última etapa del Proceso de Enfermería y se entiende como un proceso continuo en el cual se decide y se asignan valores a la situación que sucesivamente se va obteniendo en cada una de las etapas.

Otro factor que se considera, es la evaluación de la ejecución por parte del paciente, esta es importante como la que hace la enfermera de los resultados. El paciente evalúa al personal de enfermería del mismo modo que su actividad personal .

Esta evaluación se dirige a la comodidad de los dos participantes y al grado de satisfacción de las expectativas. Todas estas y otras evaluaciones posibles son valiosas para tomar decisiones respecto a un nuevo planeamiento o cambios de las órdenes seleccionadas. (15)

(14) Jiménez de Esquinazii. El Proceso de Enfermería Pág. 121 y 122

(15) Jiménez de Ezquivel. El Proceso de Enfermería Pág.141 y 143.

4.2 Modelo de Virginia Henderson

4.2.1 Supuestos principales:

Enfermería

La Enfermera tiene una función primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos, ejerce como miembro de un equipo médico, posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales y biológicas y puede evaluar necesidades humanas básicas.

Persona (paciente)

Lo considera como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila, la mente y el cuerpo son inseparables.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. El paciente y su familia conforman una unidad.

Salud

La salud es una cualidad y representa calidad de vida. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad y es necesaria para el funcionamiento humano.

-Entorno (contexto)

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

4.2.2 Afirmaciones teóricas

- Relación Enfermera-Paciente

Se identifican tres niveles, desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente:

- La enfermera como sustituto del paciente
- La enfermera como ayuda para el paciente
- La enfermera como compañera del paciente

En tiempo de enfermedad grave, la enfermera es vista como sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo, entero o independiente, por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Henderson describe esta opinión cuando dice que la enfermera:

- Es temporalmente la conciencia del inconsciente.
- El apego a la vida del suicida.
- La pierna del amputado.
- Los ojos del recién cegado.
- Un medio de locomoción para el niño.
- El portavoz de los demasiado débiles o retraídos para hablar.
- En condiciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a lograr o recuperar su independencia.

Henderson menciona “Que la independencia es un término relativo. Nadie de nosotros es independiente de los demás, pero luchamos por una independencia sana, no por una dependencia enfermiza”.

Como compañeros, la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados. Existen necesidades básicas independientemente del diagnóstico, pero se modifican por la patología y otras condiciones tales como la salud, el temperamento, el estado emocional, el estatus social ó cultural y las capacidades físicas o intelectuales. Ambos luchan por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o una muerte pacífica.

La enfermera además de valorar las necesidades del paciente también se abocará a las condiciones y estados patológicos que las alteran. Esta puede modificar su entorno donde lo considere

conveniente, las enfermeras que conocen las relaciones fisiológicas y psicológicas, la temperatura, la humedad, la luz, el calor, las presiones gaseosas, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso posible de las instalaciones disponibles.

Algunas metas de la enfermera, es lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la normalidad o mejora posible y el fomento de la salud.

Henderson afirma:

- Se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis.

La relación Enfermera-Médico.

Debe ser de concordancia y respeto, con la única finalidad de preservar la salud en el individuo. El médico instaurando un plan terapéutico acorde a las patologías diagnosticadas en el paciente, mientras el tratamiento de enfermería radica en la planeación de estrategias asistenciales.

- El plan de cuidados, formulado por la enfermera y el paciente, debe realizarse de tal forma que fomente el plan terapéutico prescrito por el médico.

- La enfermera y otros miembros de equipo se ayudan para sacar adelante integralmente el programa de cuidados.

Henderson compara el equipo médico completo, incluido el paciente, familia y comunidad.

La enfermería no debe existir en un vacío. Debe crecer y aprender para hacer frente a las nuevas necesidades de salud del público a medida que las encontramos.

Relación enfermera-Equipo de salud.

La enfermera trabaja de manera independiente en el área asistencial, y forma parte del equipo de salud que se

interrelacionan entre sí para ajustar el programa del cuidado del paciente, cada uno en el ámbito y el momento que le corresponda

4.2.3 Necesidades básicas

Henderson empleo el método deductivo del razonamiento lógico para perfeccionar su teoría y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente, que corresponde fielmente con la jerarquía de necesidades de humanas de Maslow (Ver anexo 3) que comprenden los elementos de los cuidados de enfermería. Estos incluyen la necesidad de:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener una postura conveniente.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, adaptando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo.
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores y opiniones.
11. Rendir culto de acuerdo con la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro.
13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

4.3 Necesidad de Descanso y Sueño

El sueño es un estado de reposo uniforme de organismos. En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, frecuencia cardíaca y respuesta menor a estímulos externos)

Fisiología del Sueño

Ritmos circadianos

Las personas experimentan ritmos cíclicos como parte de su vida diaria. El ritmo mas familiar es el de 24 horas, ciclo día – noche conocido como ritmo circadiano o diurno (latín: circa, acerca. Diez , día). El ciclo menstrual femenino es un ciclo infradiano, mayor de 24 horas se llama ultradiano.

Los ritmos circadianos tienen fluctuación y predictibilidad de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la secreción hormonal, la agudeza sensorial y el estado de animo dependen del mantenimiento del ciclo circadiano de 24 horas.

Los ritmos circadianos, incluyendo los ciclos diarios sueño – vigilia, están afectados por la luz y la temperatura y los factores externos, como las actividades sociales y los hábitos del trabajo. Todas las personas poseen relojes biológicos que sincronizan los ciclos del sueño.

Regulación del sueño.

El sueño implica una secuencia de estados fisiológicos que son mantenidos por la actividad del sistema nervioso central (SNC) altamente integrados en los sistemas nerviosos periféricos, endocrinos, cardiovasculares, respiratorios y musculares.

Cada secuencia, puede ser identificada por respuestas fisiológicas específicas, modelos de la actividad cerebral; instrumentos como el electroencefalograma (EEG) que mide la actividad eléctrica en el córtex cerebral, el electromiograma (EMG) que mide el tono muscular, y el electrooculograma (EOG) que mide los movimientos

del ojo, proporcionan información sobre algunos aspectos estructurales y fisiológicos del sueño.

Tradicionalmente se piensa que el sueño es un proceso inhibitorio activo. El control y la regulación del sueño pueden depender de las interrelaciones entre dos mecanismos cerebrales, que, intermitentemente, activan y suprimen los centros superiores del cerebro para controlar el sueño la vigilia. Un mecanismo causa vigilia mientras que el otro causa sueño.

El sistema reticular activador (SRA)

Esta localizado en el tronco superior cerebral. Se cree que tiene células especiales que mantienen la alerta y la vigilia. El SRA recibe estímulos sensoriales visuales, auditivos, táctiles y de dolor. La vigilia resulta de las neuronas del SRA que liberan catecolaminas, como la noradrenalina. El sueño puede estar producido por la liberación de serotonina, por parte de células especializadas del sistema del sueño, del rafe, de la protuberancia y del bulbo raquídeo.

Las funciones y necesidades del sueño.

La cuestión más difícil e importante sobre el sueño es conocer su función. Esta pregunta no se ha respondido del todo y existen opiniones diferentes. Algunos científicos creen que su misión no es biológica y lo consideran un hábito. Sin embargo, parece evidente que cumple dos funciones biológicas relacionadas con los dos estados del sueño.

El sueño tiende a incrementar después del ejercicio o cuando se tiene hambre u otras circunstancias en las que aumenta la demanda metabólica.

Es probable que juegue un papel importante en la regeneración orgánica y cerebral, facilitando la síntesis de macro moléculas: proteínas y ácidos ribonucleicos. Sin embargo, puede tener una misión más compleja promoviendo la regulación de procesos mentales, en especial de facultades mentales superiores, como la

fijación de la atención, los mecanismos conscientes, las habilidades cognitivas finas y las que tienen que ver con la relación social.

Existe una gran variación en las necesidades del sueño. Algunas personas funcionan bien con 5 horas de sueño nocturno, mientras que otras necesitan 10, aunque todos sean individuos normales física y mentalmente. Cuando se habla sobre personas que no duermen nada o casi nada se exagera, pues todo el mundo necesita dormir al menos 4 o 5 horas diarias.

A medida que el niño se desarrolla, cambian tanto la distribución como las necesidades totales de sueño durante un periodo de 24 horas. El recién nacido necesita dormir entre 16 y 18 horas, tiempo que disminuye a 14 o 15 horas cuando alcanza el año. En la adolescencia la necesidad de sueño sigue disminuyendo, hasta estabilizarse en 7 u 8 horas en la madurez. En la ancianidad suele perderse la capacidad de sueño prolongado. Es normal dormir poco por la noche y dormir durante el día, según una pauta multifásica propia de la infancia.

Factores que afectan la necesidad de sueño y descanso

Un gran número de factores afecta la cantidad y calidad del sueño. A menudo, un solo factor no es la única causa de un trastorno del sueño. Los factores fisiológicos, psicológicos y ambientales pueden alterar la cantidad y calidad del sueño,

➤ *Drogas y sustancias*

La somnolencia y la privación del sueño son efectos colaterales comunes a medicamentos prescritos con frecuencia. Estos medicamentos alteran el sueño y perjudican la vigilia nocturna, lo cual puede ser causa de trastornos.

Los medicamentos recetados para dormir pueden causar más trastornos que beneficios. Los adultos mayores, a menudo, toman gran variedad de fármacos para tratar o controlar las enfermedades crónicas, los efectos combinados de varios de estos medicamentos pueden alterar seriamente el sueño.

➤ *Estilo de vida*

Los hábitos diarios de una persona pueden influir en los modelos de sueño. Un individuo que trabaja a turnos, a menudo, tiene dificultades para adaptarse al cambio en el patrón de sueño. El reloj interno del cuerpo debería fijarse a las 11:00 de la noche, el reloj biológico de la persona se adapta. Otras alteraciones en los hábitos que pueden alterar los modelos del sueño incluyen: el realizar trabajos pesados a los que no se es acostumbrado, participar en actividades sociales hasta horas de la noche, o cambiar la hora de la cena.

➤ *Estrés emocional*

Una preocupación por problemas o situaciones personales, pueden alterar el sueño. El estrés emocional hace que una persona esté tensa, lo que a menudo conduce a una frustración cuando no se consigue dormir. El estrés también puede hacer que una persona insista demasiado en quedarse dormida, despertarse con frecuencia en el ciclo del sueño o dormir demasiado. Un estrés continuo puede causar falta de sueño.

➤ *Entorno*

El entorno físico en el que duerme una persona, tiene una influencia importante sobre la capacidad de conciliar el sueño y permanecer dormido.

Una buena ventilación del lugar en donde se duerme es esencial, el tamaño, la firmeza y posición de la cama pueden afectar la calidad del sueño. Si la persona duerme normalmente con otro individuo, el dormir sola puede desvelarla.

Por otro lado, dormir con un compañero de cama inquieto o que ronque también puede alterar el sueño. El sonido influye, los destellos de luz pueden afectar la capacidad para dormirse, también se puede tener problemas para dormir causados por la temperatura de la habitación. Una habitación demasiado cálida o demasiado fría hace que la persona esté inquieta y no descansa.

➤ *Ejercicio y fatiga*

Una persona moderadamente fatigada consigue habitualmente un sueño con descanso, especialmente si la fatiga es resultado de un trabajo o ejercicio agradables. Un ejercicio de 2 horas o más antes de irse a la cama, permite al cuerpo refrescarse y mantener un estado de fatiga que provoca relajación. Sin embargo, una fatiga excesiva resultado de un trabajo estresante y fatigante puede dificultar el sueño. Este puede ser un problema común en niños en edad escolar y adolescente.

➤ *Comida e ingesta calórica*

La persona duerme mejor cuando esta sana; por lo tanto, es importante seguir buenos hábitos alimentarios para una buena salud y un buen descanso. Ingerir una cena abundante, pesada y/o picante puede producir indigestión que interfiera en el sueño. Consumir cafeína o alcohol por la noche puede producir insomnio. Las pérdidas o ganancias de peso influyen en los patrones del sueño. Cuando una persona gana peso, los periodos de sueño se hacen más largos y con menos interrupciones. Una pérdida de peso puede causar un sueño corto y fragmentado.

5. VALORACIÓN

Presentación del Caso Clínico

La Sra. Verónica R.V, de 34 años de edad, con diagnóstico de embarazo ectópico, ingresa el 6 de marzo del 2006, con sintomatología de sangrado vaginal escaso, dolor abdominal con predominio en cuadrante inferior derecho, superficial y profundo con signo de rebote positivo.

Se realiza seguimiento con fracción Beta con resultados de 8.9 mUI/ml y se decide realizar laparoscopia diagnóstica, se solicitan preoperatorios y se dan indicación para su preparación.

El 7 de marzo del 2005, se interviene bajo anestesia general con el diagnóstico de endometriosis severa, encontrándose ausencia de trompa y ovario izquierdo y embarazo ectópico por engrosamiento a nivel ampular de trompa derecha de 0.6 cms, escaso manchado hemático en fimbria aparentemente procedente de su interior, no se aprecia ovario derecho por encontrarse dentro de adherencias intestinales, y los resultados del laboratorio de pruebas de funcionamiento hepático, se encuentran dentro de parámetros normales .

Se intenta salvar la única Trompa de Falopio con la que cuenta la paciente para posibles embarazos, ya que no tiene hijos y se decide iniciar manejo conservador de embarazo ectópico con: metrotexate vía intravenosa, 50 mg en 250 cc de solución salina pasando en una hora, ácido fólico cada 24 horas vía oral y Ketorolaco vía intravenosa cada 6 horas y se vuelve a tomar exámenes de laboratorio.

Se toma en cuenta que la paciente es alérgica a: cloranfenicol, penicilina y metamizol.

La Sra. Verónica presenta Gesta-II , Para-0 y Aborto- I ,tipo sanguíneo O+, menarca a los 13 años, telarca a los 10 años, pubarca a los 12 años, número de compañeros sexuales 2, vive con su pareja en unión libre, ciclo menstruales cada 28 días, método de control para planificación ninguno, último papanicolaou en el 2005, resultado: proceso inflamatorio cervical ++, se proporciono tratamiento, niega ser toxicómana, con antecedentes heredo familiares maternos con Diabetes, refiere procedimientos quirúrgicos de: rinoceptoplastía, cirugía ocular (chalación), exceresis de fibroma mamario derecho y cirugía correctora de hernia hiatal.

Tiene antecedentes que el 24 de febrero del 2006, se le practicó un legrado uterino instrumental (LUI), por aborto incompleto espontáneo de 9.1 semanas de gestación (SDG), se egresó a su domicilio y posteriormente acudió el día 28 del mismo mes por sangrado trans vaginal abundante y dolor abdominal, solicitándole fracción Beta de control, se valoró y detectó el resultado de fracción Beta con 72.36 mUI/ml y se practicó ultrasonido endovaginal con imágenes que sugieren remotamente la presencia de embarazo ectópico en anexo derecho de ecogenicidad mixta sugestiva de quiste torcido de ovario derecho y se egresó a su domicilio.

ORGANIZACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES (Virginia Henderson).

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Datos de Independencia

- La Sra. Verónica considera que el fumar, es perjudicial para la salud. Refiere contaminación en área laboral conviviendo con fumadores. Ella equilibra lo anterior, caminando una hora diaria, realiza actividad aeróbica cada tercer día y sale al campo los fines de semana.
- Tórax de forma normal, vías aéreas permeables, ruidos pulmonares normales. Respiración 20 x minuto.
- Ruidos cardiacos normales, pulso carotideo, radial, femoral y tibial, normal. Pulso 80 por minuto. Presión arterial sistémica de 120/70. Miembros pélvicos sin datos de edema ni dilataciones varicosas.

Exámenes de laboratorio

Hemoglobina	14 gr/dl
Glucosa	80 mg/dl
T.de protombina	12.3"
Plaquetas	239 10 ³ /ul
Hematocrito	43.3 %
H. Gonadotropina Coriónica Frac.Beta	72.36 mUI/ml. 28 Febrero 2006 8.9 mUI/ml. 06 Marzo 2006 1.12mU/ml. 10 Marzo 2006

- Los valores de referencia de la Hormona Gonadotropina Coriónica Fracción Beta (ver anexo 2).

Datos Dependencia.

No se observan

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos de Independencia

- La Sra. Verónica tiene un peso de 60 Kg. con una talla de 158 cms. Por lo que su índice de masa corporal (IMC) es de 24.03 Kg/m², lo que indica que su peso es normal.
- Consume diario dos litros de agua y una dieta recomendable (ver anexo 4) que incluye lácteos, cereales, frutas, verduras y carnes, excepto la de cerdo.
- Presenta mucosas orales hidratadas y conoce el valor nutricional de los alimentos.

Datos de Dependencia

No se observan

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Datos de Independencia.

- Regularmente evacua de dos a tres veces al día, las heces son de color amarillo oscuro. Micciona de cinco a seis veces al día, siendo la orina de color amarillo ámbar. Las cantidades de ambas excretas son normales.
- Refiere que los servicios sanitarios en su área laboral y en su hogar son limpios y funcionales y se siente satisfecha y “ligera” con sus eliminaciones.
- Menarca a los trece años, telarca a los diez años, pubarca a los doce años, ciclos menstruales de 28 con duración de tres días, con dismenorrea esporádica, fecha de última menstruación FUM 3 de febrero del 2005, Gesta -II , Para-0 , Aborto- I.

Datos de Dependencia.

- Presenta a la palpación dolor moderado en fosa iliaca derecha y distensión abdominal de 114 cms.
- Se encuentra en reposo absoluto por indicación médica, se le proporciona el cómodo para sus necesidades fisiológicas y manifiesta dificultad para evacuar en él.

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.

Datos de Independencia.

- El esfuerzo físico en su trabajo lo combina con deambulación y descanso en posición sedente.
- Camina una hora diaria y asiste a los aerobics de lunes a viernes una hora. Ambas actividades las tolera y disfruta haciéndola sentirse bien. Su estado de ánimo es positivo en su trabajo y en su casa, ya que en ambas partes se desplaza con facilidad por ser comodo, espacioso y funcional.
- La cabeza la mueve en todas direcciones, hombros normales miembros superiores sin limitaciones, columna de posición normal, miembros pélvicos sin problemas.

Datos de Dependencia.

- Actualmente por su diagnóstico médico se encuentra en reposo absoluto por indicación médica.
- Presenta dolor moderado a la palpación superficial y profunda con signo de rebote positivo en cuadrante inferior derecho.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos de Independencia

- En el día no tiene tiempo para descansar, solo los sábados y domingos que no trabaja, duerme de seis a siete horas diarias.
- El ejercicio y sueño la ayudan a equilibrar su estado emocional.

Datos de Dependencia

- Actualmente su preocupación de no poder tener hijos, un trabajo inestable y derecho médico temporal, la hace ser una persona insegura, por lo tanto esto altera su sueño y/o descanso. Tiene ojeras visibles, bostezos frecuentes y refiere dormir de tres a cuatro horas al día.
- Se encuentra intranquila, su mirada y su cabeza la dirige a varios puntos, demuestra temor por el diagnóstico dado por el médico, y su expresión facial de tensión y los puños cerrados indican dolor.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos de Independencia.

- Ella elige su vestuario diario para ir a su trabajo, el vestirse bien la anima, utiliza prendas de acuerdo a la temporada y a la moda sin descuidar la elegancia.
- Al Ingresar la paciente por Consulta Externa, se ve elegante, viste bien y sus accesorios son de buen gusto y de buena calidad.

Datos de Dependencia.

No se observan.

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN.

Datos de Independencia.

- Con el calor se fatiga y se enfada y con el frío no quiere hacer nada y no salir.
- En el trabajo y en su casa hay calefacción y aire acondicionado, el problema es el transportarse, usa la ropa de acuerdo a la temporada y su temperatura corporal es de 36.8 grados centígrados.
- Se observan prendas adecuadas para el frío como pijama, calcetas y cobertor, en la unidad hay calefacción adecuada y su temperatura corporal es de 36.8 grados centígrados.

Datos de Dependencia.

No se observan.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL .

Datos de Independencia.

- En su hogar se baña dos veces al día, refiere que lo realiza por comodidad, higiene y descanso.
- Se lava los dientes al levantarse y después de cada comida.
- El lavado de manos lo realiza antes de comer y después de ir al baño.
- Las uñas de las manos y de los pies se los arreglan en la estética.
- Considera que es muy importante el lavado de manos y la preparación de los alimentos con higiene, para la conservación de la salud.

- Presenta piel limpia e hidratada y su olor es agradable tanto de piel como de su boca.

Datos de Dependencia.

Actualmente se encuentra en reposo absoluto, lo cual le imposibilita el realizarse el baño como acostumbra.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Datos de Independencia.

- Cuenta con cartilla de vacunación completa.
- Se auto explora sus mamas periódicamente para detectar cualquier anormalidad.
- Tiene actividad sexual (se abstiene de hablar de preferencia sexual).
- No utiliza método de protección ni anticonceptivos.
- Refiere no haber padecido ningún tipo de enfermedad transmisible.
- No es toxicómana. Refiere tomar bebidas alcohólicas esporádicamente, solo en compromisos sociales.
- Manifiesta que la ingestión de bebidas alcohólicas son perjudiciales para la salud a nivel del S.N.C. y afecta a las personas que lo rodean siendo este un problema social.
- Durante este año no ha presentado problemas relacionados con ojos, oídos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento.

- Toma medidas de seguridad en su casa, en la transportación y en su trabajo para evitar accidentes.
- Escucha bien ya que contesta a las preguntas que se le formulan, ve bien sin necesidad de lentes, se comunica sin ninguna barrera tiene la facilidad de expresión, su capacidad sensorial y motriz presentes.

Datos de Dependencia

- Refiere estrés por el tráfico y las distancias grandes para transportarse. Teme por su salud debido a la contaminación ambiental y al humo del cigarro en su trabajo.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Datos de Independencia

- Vive con su pareja, tiene buena relación con sus familiares, amigos, vecinos y su pareja.
- No pertenece a ningún grupo social.
- La relación sexual con su pareja normal.
- Para ella no existen barreras para la comunicación, ni en su casa ni en el trabajo.
- Toma medidas de seguridad en su entorno, es sociable con las personas que la rodean.

Datos de Dependencia.

Actualmente por su enfermedad, tiene alterada la comunicación.

11 .NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Datos de Independencia

- Es católica, relaciona la fe, la religión y la espiritualidad como una continuidad, asiste a misa los domingos en compañía de su pareja y refiere que la fe es importante en la enfermedad.
- Para ella el valor significa: Justicia, responsabilidad, respeto, honestidad y humanismo y considera que su forma de pensar y vivir es congruente porque trata de vivir con dignidad y con los valores antes mencionados.
- Refiere que la vida simboliza el inicio de nacer y la muerte el fin de la vida terrenal , y el paso a la vida eterna significa que terminamos una misión en la tierra.
- Refiere tener en su casa, un cristo, e imagen de la virgen de Guadalupe.

Datos de Dependencia

No se observan.

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.

Datos de Independencia.

- Es ama de casa, compañera y empleada de PEMEX como Licenciada en Derecho.
- Esta contenta sin tener un contrato matrimonial, se lleva bien con su pareja, se quieren y se respetan.

- El participar en el ingreso económico familiar la hace sentirse bien.
- Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas.
- Sus expectativas en cuanto a su situación social son el poder obtener su base en PEMEX para su seguridad económica y el servicio médico y lo más importante tener hijos.
- Trabajan en equipo en las labores del hogar su pareja y ella.
- No realiza ninguna actividad altruista.
- Está satisfecha con su manera de pensar y actuar.

Datos de Dependencia.

Refiere angustia por no contar con una estabilidad laboral y teme por su pérdida del servicio médico por lo que se encuentra pensativa y cabizbaja.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Datos de Independencia.

- Tiene buen acondicionamiento, lo que le permite jugar y participar en actividades deportivas y refiere que estas son indispensables, para conservar una salud física y mental, en óptimas condiciones.
- Regularmente ella realiza una hora diaria de caminata y aerobics y se integra con su pareja y otros amigos en dichas actividades, sintiéndose ligera, contenta y satisfecha.

- Asiste a un gimnasio y camina en áreas verdes

Datos de Dependencia.

En periodos cortos alterna la lectura con ver televisión.

14. NECESIDAD DE PRENDIZAJE.

Datos de Independencia

- No presenta ningún problema en su aprendizaje.
- La escuela para ella es convivencia, aprendizaje y retroalimentación.
- Asiste a cursos de inglés en el séptimo módulo en el instituto de idiomas de Lomas verdes, su rendimiento es bueno y se debe a que le gusta y no falta.
- La relación que tiene con su familia, compañeros y docentes influye en vivir en armonía y con salud física y mental.
- Las fuentes de apoyo con que cuenta su comunidad para el aprendizaje son: El DIF, secundaria y preparatoria abierta, secundaria y preparatoria escolarizada.

Datos de Dependencia.

No se observan.

6. DIAGNÓSTICOS

Necesidades	Diagnósticos
1.- Oxigenación	
2.- Nutrición e hidratación	
3.-Eliminación	Riesgo de estreñimiento relacionado con posición inadecuada para defecar y actividad física insuficiente.
4.- Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor en cuadrante inferior derecho y prescripción de restricción de movimientos, manifestado por dificultad para girarse en la cama.
5.-Descanso y sueño	Deterioro del patrón del sueño, relacionado con fatiga y desvelo producido por preocupación de no tener hijos, un trabajo inestable y un servicio médico inseguro, manifestado por bostezos, ojeras, cansancio e irritabilidad.
6.-Usar prendas de vestir	
7.-Termorregulación	
8.-Higiene y protección	Déficit de auto cuidado de baño/higiene, relacionado con reposo absoluto, manifestado por la imposibilidad de llevarlo a cabo. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con prescripción de Quimioterapia.
9.- Evitar peligros	
10.-Comunicarse	Deterioro de la comunicación relacionado con su estado emocional, manifestado por permanecer callada y

	pensativa.
11.- Vivir según sus creencias y valores	
12.-Trabajar y realizarse	Ansiedad relacionada con la alteración en salud y falta de estabilidad laboral, manifestada por facies de tristeza y preocupación.
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	
14.-Aprendizaje	Temor relacionado con el desconocimiento de su patología, manifestado por reducción de la seguridad en sí misma.

7. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Deterioro del patrón del sueño, relacionado con fatiga y desvelo producido por preocupación de no tener hijos, un trabajo inestable y un servicio médico inseguro, manifestado por bostezos, ojeras, cansancio e irritabilidad.

FUNDAMENTACIÓN.

El sueño es un proceso fisiológico, cíclico que alterna con largos periodos de vigilia. Este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta. Sin embargo, varios factores externos pueden alterar ese proceso.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica realizará medidas que promuevan el descanso y sueño.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
1. Propiciar un ambiente confortable en su unidad, que favorezca el descanso y la conciliación del sueño.	1. El entorno puede apoyar o interrumpir el sueño. Los medios de confort son indispensables para invitar al paciente a que inicie el sueño y continúe dormido, ayudándole con la ausencia de luces y ruidos para armonizar su sueño.

<p>2. Sugerir posturas que favorezcan el bienestar (de cúbito lateral izquierdo y de cúbito supino).</p>	<p>2. La postura puede estar relacionada con el estado emocional, por ejemplo; una postura incorrecta puede asociarse a la depresión o a la tensión excesiva, mientras una posición correcta puede estar asociada a una sensación de bienestar.</p>
<p>3. Practicar técnicas de relajación por medio de masajes en cuello, hombros y espalda.</p>	<p>3. El masaje brinda estimulación cutánea, esta a la vez activa por el tacto las fibras sensitivas y disminuye la conducción del impulso doloroso a través de las vías ascendentes y a su vez produce relajación de las fibras nerviosas como resultado del sueño.</p>

EJECUCIÓN.

A la Sra. Verónica, en el segundo día de postoperada se le proporcionó un baño de esponja con agua tibia y masaje, para que se relajara y se le explicó en que consistía y que era importante buscar una posición anatómica que le brinde más comodidad. Se planearon las actividades de enfermería durante el día, evitando interrumpir el sueño a través del diálogo, se favoreció la confianza para que se sintiera más tranquila.

EVALUACIÓN.

La Sra. Verónica, después de los cuidados ha logrado dormir en el día siestas de 2 horas, se le despertó para sus alimentos y convivió con sus familiares. Durante la noche permaneció dormida, despertó por la mañana refiriendo sensación de descanso, mejorando su estado de ánimo y participación de su tratamiento.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Deterioro de la movilidad física, relacionado con dolor en cuadrante inferior derecho y prescripción de restricción de movimientos, manifestado por dificultad de girarse en la cama.

FUNDAMENTACIÓN.

El dolor es un mecanismo protector para el cuerpo se presenta siempre que cualquier tejido ha sido lesionado. Ante la presencia de dolor los arcos de movimiento se ven limitados.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica mejorará su movilidad mediante la inhibición o disminución del dolor.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
1. Brindar apoyo emocional escuchándola y confortándola.	1. El relato de los problemas que provocan tensión y ansiedad, a la persona que sabe escuchar y que tenga empatía puede disminuir el grado de tensión y ansiedad provisional o definitiva.
2. Favorecer una mayor relajación posible mediante técnicas de relajación como: masajes en cuello, hombros y espalda.	2. El masaje brinda estimulación cutánea, esta a la vez activa por el tacto las fibras sensitivas y disminuye la conducción del impulso doloroso a través de las vías ascendentes y a su vez produce relajación de las fibras nerviosas como resultado del sueño.
	3. Las luces brillantes, ruidos,

<p>3. Ayudar a evitar o reducir estímulos ambientales.</p>	<p>visitantes o pacientes cercanos, no son útiles para disminuir el dolor.</p>
<p>4. Ministrar analgésicos indicados. (Ketorolaco 30 mg, intravenoso cada 6 horas).</p>	<p>4. Los analgésicos son apropiados para el dolor leve, bloquea la síntesis de Prostaglandinas, mediadores inflamatorios generados por la tensión hística que sensibiliza los receptores del dolor.</p> <p>El Ketorolaco es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo potente. Inhibe la síntesis de Prostaglandinas: puede considerarse un analgésico de acción periférica asociada al isómero.</p> <p>Carece de propiedades sedantes y ansiolíticas.</p>
<p>5. Valorar modificaciones en los signos vitales</p>	<p>5. El monitoreo de las constantes vitales permiten valorar el estado hemodinámico y el dolor.</p>
<p>6. Valorar modificaciones en el estado emocional</p>	<p>6. El dolor origina cambios en el estado de ánimo (estrés).</p> <p>El vigilar es un medio por el cual la enfermera puede aplicar medidas oportunas en el cambio emocional generado por el dolor y así poder evitar fases de agotamiento.</p>
	<p>7. La movilización en bloque, asistida por dos personas y la</p>

7. Emplear medidas para movilizar a la Sra. Verónica con el mínimo de dolor (Movilización en bloque).	utilización de mecánica corporal, evita la distensión muscular por esfuerzo en el paciente, lo que evita el dolor. La compresión constante de tejidos, disminuye la irrigación sanguínea, favoreciendo la Hipoxia, isquemia y muerte celular causante de intenso dolor.
---	---

EJECUCIÓN.

En el segundo día de postoperada se le proporcionó a la Sra. Verónica apoyo emocional escuchándola y confortándola y se favoreció su relajación muscular, se evitaron estímulos ambientales, se le ministró analgésico y se tomaron signos vitales.

EVALUACIÓN.

La Sra. Verónica después de los cuidados brindados expresó la disminución de tensión durante la movilización y su expresión fue de tranquilidad.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de estreñimiento relacionado con posición inadecuada para defecar y actividad física insuficiente.

FUNDAMENTACIÓN.

Cuando se previene voluntariamente la defecación, el reflejo de la misma puede desaparecer en unos cuantos minutos y por lo general no vuelve a parecer hasta unas horas después.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica comprenderá la importancia de la defecación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
1. Prepararla psicológicamente para que comprenda que solo se le permitirá hacer sus necesidades de eliminación mediante el cómodo, por encontrarse en reposo absoluto por indicación médica.	1. La falta de actividad física no produce contracciones voluntarias de los músculos de la pared abdominal y no ayudan a la expulsión de las heces fecales.
2. Proveer el cómodo por razón necesaria	2. La paciente postoperada o con reposo absoluto necesita de una asistencia cordial de la enfermera para cubrir las necesidades de eliminación, colaborando a su recuperación y reducir su ansiedad.
3. Examinar características de excretas y realizar anotaciones en la hoja de enfermera.	3. La valoración de las características de las

<p>4. Favorecer un ambiente de privacidad durante la defecación (acercar biombo o correr cortinas en su cama)</p> <p>.5. Proporcionar dieta con fibra y abundantes líquidos.</p>	<p>evacuaciones y las evidencias de estreñimiento nos autoriza a conocer la complicación, a preciar su gravedad y evaluar el logro de sus cuidados.</p> <p>4. Es un principio de Enfermería la individualización del paciente, favoreciendo su necesidad fisiológica y propiciando un ambiente de tranquilidad.</p> <p>5. Los líquidos reblandecen las heces y las hidratan, y la fibra incrementa la motilidad intestinal, facilitando la defecación.</p>
--	--

EJECUCIÓN.

Se proporcionó preparación psicológica sobre la utilización del cómodo para llevar a cabo sus necesidades de eliminación como: hacer respiraciones profundas para relajarse y ayudar a la eliminación. Proveer el cómodo por razón necesaria y examinar características excretas.

EVALUACIÓN.

La Sra. Verónica logró evacuar en el cómodo, en su segundo día de postoperada, lo cual la tranquilizó y se sintió satisfecha. Las heces fueron de características normales.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Déficit de auto cuidado de baño/higiene, relacionado con prescripción de restricción de movimientos, manifestado por la imposibilidad de llevarla a cabo.

FUNDAMENTACIÓN.

Ante una situación que modifique el bienestar se reducen actividades habituales como higiene personal.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica se mantendrá con aceptable higiene personal.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
1. Brindarle baño de esponja con calidez y respeto y platicar sobre algún tema que a ella le agrade. 2. Hacerle saber en cuantos días reanudará sus actividades normales. 3. Brindarle ayuda en sus aseos (lavado bucal y de manos).	1. El baño activa la circulación al tener contacto con el agua y hacer fricción con la esponja sobre la piel y el uso de agua tibia tranquiliza y relaja. 2. Mediante la explicación y disipación de dudas ella permanecerá mas tranquila y aceptara la ayuda. 3. Apoyarla en sus necesidades prioritarias evitará esfuerzos y movimientos.

EJECUCIÓN.

Se realizó baño de esponja con agua tibia y se platicó con ella acerca de sus gustos personales, se aclararon algunas dudas que

ella tenía. Se cubrió con su bata para evitar resfriado y se le aplicó crema en su cuerpo dando masajes suaves, se le proporcionó un espejo y ella se peinó, maquilló y perfumó discretamente.

EVALUACIÓN.

A su egreso ella podía bañarse y afeitarse y lo realizaba con agrado al igual que la deambulación.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con prescripción de Quimioterapia.

FUNDAMENTACIÓN.

La piel es el mayor órgano del cuerpo, cubre toda la superficie del mismo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestiva, respiratoria y genitourinaria. La Quimioterapia altera la piel cuando en el sitio de inserción hay extravasación de líquido produciendo irritación y quemaduras.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica mantendrá su piel sin datos de lesión por Metrotexate.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
1. Explicar a la Sra. Verónica los efectos esperados del Metrotexate.	1. El brindarle ayuda sobre información le da más seguridad y aumenta su capacidad de participar en su tratamiento. Los citostáticos como el Metrotexate se hayan únicamente indicados cuando no es posible aplicar una terapéutica convencional, mediante intervención quirúrgica o irradiación.
2. Valorar sitio de inserción de catéter antes de iniciar Metrotexate.	2. La toxicidad del medicamento que será administrado, es factor determinante para la elección del sitio a puncionar y colocar un catéter venoso. Se debe de

<p>3. Orientar a la Sra. Verónica sobre posibles complicaciones del Metrotexate, que avise ante la mínima molestia en la piel como: enrojecimiento, cambio en la textura, ardor, comezón y dolor.</p> <p>4. Ministrare Metrotexate 50 mg, en 250 cc, solución salina, vía intravenosa, pasar en una hora.</p>	<p>tomar en cuenta una piel íntegra y vena de grueso calibre para minimizar riesgos de extravasación y en sitio que permita a la paciente la movilización de la extremidad puncionada.</p> <p>3. La ministración de Metrotexate oral, intramuscular, intravenoso o intratecal, puede originar reacción dermatológica grave, incluyendo necrólisis tóxica epidérmica (síndrome de Lyell , síndrome de Stevens Johnson y eritema multiforme).</p> <p>4. Es un antimetabólico antagonista del ácido fólico y se desplaza en su lugar de acción en la célula e impide la transformación del ácido fólico en la síntesis de los ácidos nucleicos, y es capaz de provocar remisiones pasajeras en algunos casos de leucemia aguda en niños.</p> <p>Esta sustancia administrada durante el embarazo provoca la muerte y la resorción de los fetos, tanto en el animal de experimentación como en el</p>
---	--

	hombre, a causa de que las necesidades del corión es ácido fólico son especialmente elevadas. En los casos en que el fruto no muere dan lugar a nacimientos de niños, con malformaciones.
--	---

EJECUCIÓN.

Se le explicó a la Sra. Verónica que solo contaba con una trompa de Falopio, la derecha y con ausencia de la izquierda y el método conservador que se le podría brindar para salvársela era la Quimioterapia, para que en lo sucesivo ella pudiera embarazarse. Se le explicó el efecto esperado del Metrotexate (No presentó ninguna de las reacciones antes mencionadas).

EVALUACIÓN.

La Sra. Verónica comprendió la importancia del tratamiento y el plan esperado. Su piel se mantuvo sin datos de lesión

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Ansiedad relacionada con alteración en la salud y falta de estabilidad laboral manifestada por facies de tristeza y preocupación.

FUNDAMENTACIÓN.

La ansiedad continua, puede acompañarse de trastornos de la función fisiológica, como cambios del sistema endocrino, alteraciones del sistema nervioso autónomo o bien las reacciones del sistema circulatorio.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica exteriorizará sus sentimientos que la preocupan durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Aconsejar la Sra. Verónica que es prioritario que comparta sus preocupaciones con su pareja</p> <p>2. Brindarle el apoyo emocional y alternativas de solución con respuesta a su estado de salud, hablándole sobre su avance de mejoría, animándola a tener fe que su tratamiento se está llevando a cabo con la nueva tecnología y que sobre su estado laboral debe tener paciencia.</p>	<p>1. El compartir los problemas que producen tensión y emociones con una persona significativa y que sepa escuchar, y no juzgar, puede disminuir el grado de tensión o emoción tanto temporal como permanente.</p> <p>2. Exponer a tiempo la información esencial en la estancia de hospitalización, permite asegurarse de haber cubierto toda la información en el momento de su egreso.</p>

EJECUCIÓN.

Al segundo día de postoperada, posterior a su comida, se tuvo una plática con ella, haciéndole hincapié que es muy importante exteriorizar sus preocupaciones a su pareja.

Se le brindó apoyo emocional con alternativas de solución a su estado de salud e información sobre su avance de mejoría de su tratamiento.

EVALUACIÓN.

En su estancia hospitalaria la Sra. Verónica comprendió las sugerencias e información que se le brindó y exteriorizó que las tomaría en cuenta.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Deterioro de la comunicación relacionado con su estado emocional, manifestado por permanecer callada y pensativa.

FUNDAMENTACIÓN.

La comunicación a través del lenguaje incluye tanto elementos sensitivos como motores en el uso y el entendimiento de los símbolos se utilizan para expresión de las ideas.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica mejorará la comunicación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
1. Aplicar técnicas de comunicación, por medio de pláticas amenas que a ella le agraden, leerle un libro y comentarlo.	1. La conversación favorece a la interacción enfermera - paciente e invita a este a participar en ella favoreciendo su estado emocional
2. Utilizar otro medio de comunicación para no forzarla como es la escritura.	2. Los elementos sensitivos son las capacidades para entender tanto del lenguaje escrito y el hablado. Los elementos motores son aquellos que incluyen las capacidades para escribir y para hablar.
3. Animarla en su estado emocional con un método distractor y de relajación por medio de la música.	3. El encéfalo tiene una actividad eléctrica que cambia ante cualquier situación como es el

	sonido, dependiendo si es música ruidosa o relajante que induce a la lipotimia.
--	---

EJECUCIÓN.

A la Sra. Verónica se aplicaron técnicas de comunicación, con pláticas amenas de los temas preferidos por ella, así como leerle un libro y comentarlo. Se utilizaron otros medios de comunicación como la escritura y la música para que de alguna manera ella participara.

EVALUACIÓN.

Se logra que ella cambiara de actitud y participará en sus procedimientos con agrado.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Temor relacionado con el desconocimiento de su patología, manifestado por la reducción de la seguridad de sí misma.

FUNDAMENTACIÓN.

El temor a lo desconocido es el peor de todos. Parte de este miedo surge cuando el paciente cree que no se le ha dicho "todo", acerca de su diagnóstico o enfermedad.

OBJETIVO.

La Sra. Verónica disminuirá su temor que manifiesta por el desconocimiento de su patología.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
1. Explicar a la Sra. Verónica sobre el embarazo ectópico y el manejo de su tratamiento.	1. Cuando a las personas se le aclaran sus dudas con bases fundamentadas y de manera sencilla entenderán el problema y cooperaran en su tratamiento.
2. Hacer hincapié a la Sra. Verónica que es necesario tener seguridad de sí misma, para tener éxito en la vida.	2. La seguridad proporciona valor y confianza para llevar a cabo toda clase de acciones en la vida.

EJECUCIÓN.

Se le explicó a la Sra. Verónica sobre su embarazo ectópico apoyándose en laminas del aparato reproductor femenino y se hizo alusión de su tratamiento específico.

EVALUACIÓN.

La Sra. Verónica comprendió su problema de salud y la manera en que se estaba manejando, y se mostró serena.

8. PLAN DE ALTA

CRITERIOS PARA EL ALTA DE ENFERMERÍA:

1. Ausencia de infecciones de las heridas Quirúrgicas.
2. Ausencia del dolor.
3. Ausencia de cierre.
4. Excretas presentes
5. Signos vitales estables.
6. Ausencia de complicaciones en algún sistema.
7. Actitud de tolerancia de dieta recomendada.
8. Actitud para deambular normalmente.
9. Actitud para realizar actividades cotidianas.

NORMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA PARA EL ALTA

La Sra. Verónica y su familia entenderán:

1. Signos y síntomas de infección de la herida Quirúrgica (color: rojo, morado, piel caliente y salida de secreción purulenta).
2. Sangrado transvaginal.

3. Baño diario con agua y jabón al igual que las heridas Quirúrgicas y secarlas bien, aplicando los principios de asepsia:
 - De arriba hacia abajo
 - Del centro a la periferia
 - De lo distal a lo proximal
 - De limpio a sucio.
4. Reanudación de las actividades habituales (en un mes).
5. Acudir a su cita de laboratorio.
6. Acudir a su cita con el ginecólogo en una semana para retiro de puntos y ver resultados de laboratorio de Gonadotropinas Coriónicas Fracción Beta.
7. Acudir a su cita con el ginecólogo para control de fertilidad en 3 meses.
8. Dieta normal recomendada sin irritantes ni grasas y abundantes líquidos con las características nutricionales (ver anexo 4).
9. Con medicamentos (Ketorolaco de 30 mg, por razón necesaria).

9. CONCLUSIONES

Antes de que se utilizara el Proceso de Enfermería, los Profesionales de Enfermería fueron formados por un proceso general para solucionar problemas que guiaron y sirvieron a las enfermeras clínicas para realizar sus labores por muchos años.

El proceso de enfermería es un instrumento de gran ayuda para la práctica y desarrollo de toda profesional de enfermería. Actualmente el proceso de enfermería ha sido el modelo predominante de investigación clínica para la Enfermera profesional, el cual ha servido para el enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

En estas condiciones, el Proceso de Enfermería es un método para interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del Profesional en Enfermería.

El haber aplicado el modelo de Virginia Henderson para este trabajo permitió el poder brindar un cuidado integral, individual y holístico en la paciente con alteraciones en su salud. Este modelo sirvió como plataforma y como herramienta para la continuidad de los cuidados, los cuales facilitaron el manejo de la Metodología de la enfermera y asimismo, permitió el crear un plan de cuidado integral, personal y completo de la paciente.

Por lo anterior invito a todas las Profesionales en Enfermería a interrelacionarse y aplicar, cualquiera que sea su especialidad a utilizar esta útil herramienta, la cual marcará el cambio y sobre todo la profesionalización y actualización de la Profesional en Enfermería.

10. GLOSARIO

ANALGÉSICO

Fármaco que suprime o atenúa la sensación dolorosa.

ANGUSTIA

Estado de malestar general físico y psíquico, que se manifiesta por trastornos neurovegetativos, como palidez, sudoración fría, palpitaciones, etc., y puede calificarse de neurosis en casos extremos.

ANSIEDAD

Estado de fuerte tensión psíquica, en el que se presiente un temor intenso y desmesurado.

APENDICITIS

Inflamación aguda o crónica del apéndice vermiforme del intestino ciego.

CICLO MENSTRUAL

Tiempo normalmente de 28 días, que transcurre ente el comienzo de una menstruación, primer día de la regla, y el de la siguiente.

EMPATIA

Capacidad de una persona de participar afectivamente en la realidad de otra.

ENDOMETRITIS

Es la inflamación del endometrio, es decir de la membrana mucosa que tapiza las paredes de la cavidad uterina.

ESTREÑIMIENTO

Defecaciones poco frecuentes, de consistencia dura, por retención ocasionada por una falta de tono de la musculatura lisa del intestino o bien por una contracción duradera de la musculatura de una porción del intestino junto a ello, influye una dieta inadecuada, pobre en residuos vegetales o líquidos

FOSA ILIACA

Cada una de las dos regiones laterales de la parte baja del abdomen, que corresponde a las cavidades del hueso iliaco

GONADOTROFINA CORIÓNIC

(Obtenida de la orina de mujer embarazada), que actúa de forma parecida a la Hormona Luteizante HL. Más luteotrofina.

HISTERECTOMÍA

Es la intervención quirúrgica de extirpación (ectomía) del útero (listeros, en griego).

LAPAROSCOPIA

Consiste en la visualización directa del contenido abdominal, utilizando un laparoscopio iluminado. La laparoscopia puede realizarse como procedimiento diagnóstico o como complemento de una esterilización electiva.

LIPOTÍMIA

(O Deliquio) es el desvanecimiento.

TOXICOMANÍA

Hábito morboso de tomar estupefacientes.

11. BIBLIOGRAFÍA

Jiménez, de E/G, “**El Proceso de Enfermería**”, una metodología para la práctica, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Primera Edición 1997, Editorial Orion editores.

Kuschinsky, L, “**Manual de Farmacología**”, Editorial Marín, S.A, Segunda Edición , España ,1973,pp.292.

Brunner, “**Manual de Enfermería Médico Quirúrgica**”, Editorial Interamericana, Volumen I, Tercera Edición, 1984, pp.324,793.

Luigi ,S/G “ **Diccionario Médico**”, Editorial Teide, quinta edición, Barcelona 1976,pp.83-97,115,392,711,1176

Marriner, Ann “**Modelos y Teorías de Enfermería**”, Editorial Barcelona 1989, pp.102, 105,107.

Mendoza, A” **Embarazo Ectópico** “,Obstetricia II, Antología ENEO, SUA,pp.37-46,101.

Nordmark, R., “**Bases científicas de la Enfermería**“, Segunda Edición, Manual moderno 2001, pp.246, 417, 478, 641, 367,261.

Orrego ,S./V.H ,” **Método Enfermero** “,Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia 2003.

Potter, Perry “**Fundamentos de Enfermería**”, Editorial Harcourt/Océano, Volumen 2, Quinta Edición, pp.1273 - 1278.

Reeder, S y Cols , “ **Anatomía y Fisiología Sexual y Reproducción en Enfermería Materno Infantil**” , Obstetricia I, Antología ENEO-SUA, Editorial Mc- Graw Hill Interamericana, pp.139

R,Fuler “ **Instrumentación Quirúrgica**”, Segunda Edición, editorial Médica Panamericana ,1991, Buenos aires, pp.307-398

Samson,Wright, “ Fisiología Aplicada”, Sexta Edición, Editorial Marín, España,1966,pp.663

Scout, Disaia. H, “Trabajo de parto y partos normales y su atención, tratado de Obstetricia y ginecología de Donforth”, Editorial Mc-Graw Hill, Antología Obstetricia I, ENEO, SUA.

Servin, R, “ Nutrición Básica y Aplicada “, UNAM-ENEO-SUA 2002.

12. ANEXOS

1) EMBARAZO ECTÓPICO

Definición

Es la implantación y nidación del óvulo fuera de la cavidad uterina.

Etiología

En cuanto a su causa se considera que todos los padecimientos que alteran el transporte del óvulo desde el sitio de su fecundación hasta su implantación pueden causar embarazo ectópico como: tuberculosis genital, salpingitis, adherencias posinflamatorias ó posquirúrgicas, endometriosis, divertículos y dispositivos intrauterinos con infección secundaria.

Clasificación

De acuerdo con su localización el embarazo ectópico puede implantarse en el aparato genital o fuera de él (Figura 1).

(Figura 1). Embarazo Ectópico

En el aparato genital

Salpínges, Fimbrias, ampolla, istmo o porción intersticial. (Figura 2 y 3).

Ovario: en médula o corteza.

Útero: en cuerno rudimentario y cuello.

El embarazo ectópico tubario puede coincidir con un embarazo intrauterino, y puede ser bilateral o recidivante.

Fuera del aparato genital

Peritoneal, abdominal primitivo secundario. El más frecuente es el tubario en 80% de los casos.

(Figura 2). Embarazo Intersticial

Cuadro clínico

El cuadro clínico depende de la localización topográfica del tiempo de evolución y de las complicaciones.

En principio se sospecha que es un embarazo ectópico, cuando clínicamente se trata de mujeres entre 25 y 35 años de edad, con antecedentes de procesos sépticos puerperales, esterilidad por factor tubo peritoneal, que presentan amenorrea reciente o hemorragia genital anormal de corta evolución (seis a ocho semanas). Dolor de intensidad variable y cuadro de abdomen agudo.

En ocasiones se acompaña de lipotimia y tenesmo rectal. Las pérdidas sanguíneas a través de la vagina son negruzcas o achocolatadas, en ocasiones se expulsó fragmento de aspecto ovular correspondiente al molde endometrial (caduca falsa). A la exploración se detectan el útero discretamente crecido, con dolor provocado por el desplazamiento del cuello, y a la presión del fondo de saco de Douglas.

Exámenes de laboratorio

El análisis de laboratorio clínico que orienta el diagnóstico, es la biometría hemática, cuya fórmula roja demuestra la anemia en grado variable, puede coexistir leucocitosis, cuando la hemorragia intraabdominal se infecta de manera secundaria. Las pruebas inmunológicas para el diagnóstico de embarazo, son de ayuda pero no constituyen una constante fiel para establecer el diagnóstico de embarazo ectópico o extrauterino.

(Figura 3) Embarazo Intersticial en donde se observa el producto.

Criterios de diagnóstico.

- a) la determinación de la fracción Beta de la gonadotropina coriónica es un dato de probabilidad.
- b) la punción del fondo de saco de Douglas con extracción de sangre roja que no coagula con facilidad.
- c) la exploración bajo anestesia para detección de masa, aunada al cuadro clínico.
- d) la laparoscopia en los casos de embarazo ectópico con o sin rotura inicial, es un excelente procedimiento diagnóstico que orienta la conducta quirúrgica si se cuenta con el recurso.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con embarazo intrauterino en amenaza de aborto, así como con embarazo intrauterino en infección de vías urinarias, apendicitis y salpingitis.

Tratamiento

Es quirúrgico, se practica la salpingectomía y excepcionalmente cirugía conservadora o histerectomía y el manejo conservador con metrotexate.

Complicaciones

La complicación más importante es el choque hipovolémico.

Pronóstico

El pronóstico depende de la fase en que se establece el diagnóstico, la oportunidad de la cirugía y de la patología coincidente con el embarazo ectópico. En general, el pronóstico es malo para la función reproductiva.

Medidas preventivas

Se tratan los procesos inflamatorios pélvicos, endometritis, salpingoforitis, cervicovaginitis y control estricto de DIU, además de la planificación familiar para evitar cuadros subsecuentes.

EMBARAZO OVÁRICO

El embarazo ovárico es muy raro en gran parte de los países del mundo. Se presenta uno en cada 250.000 embarazos intrauterinos. La sintomatología y signología es semejante a la que presenta un embarazo ectópico tubario.

Clínica, radiológica y ecográficamente no es posible diagnosticar un embarazo ovárico. El diagnóstico que se hace, siempre es de embarazo ectópico tubario.

El embarazo ovárico se clasifica en: primario o secundario. El primario será aquel cuya fecundación y desarrollo se lleva a cabo dentro del ovario (figura 4).

El secundario no es generalmente a un aborto tubario. Anatómicamente se firma que se trata de un embarazo ovárico primario, cuando se llenan los postulados de Spiegelberg:

- a) Que la trompa, incluyendo la fimbria, se encuentre intacta y separada netamente del ovario.
- b) Que el saco gravídico ocupe la posición normal del ovario.
- c) Que se demuestre la existencia de tejido ovárico en la pared del saco gravídico.

¿Que es lo que hace factible la fecundación en el ovario? Desde luego la puerta de entrada al espermatozoide que ofrecen los folículos rotos y una maduración precoz del óvulo, proceso que normalmente se completa mientras transcurre por la trompa.

(Figura 4) La placenta y el producto al centro. Hay tejido ovárico en todo alrededor.

Tratamiento

Consiste en la extirpación del ovario. Además las medidas de sostén pre y postoperatorias, expuestas en el tratamiento de embarazo ectópico tubario.

EMBARAZO ABDOMINAL

El embarazo abdominal es primario cuando la fecundación ovular se efectúa en la cavidad peritoneal o secundario a un aborto tubario. Este embarazo es muy raro, se han registrado cuatro embarazos abdominales de terminó en 28,000 nacidos vivos. El embarazo abdominal puede desarrollarse normalmente, aunque todo transcurre con molestias dolorosas. Las molestias dependerán del lugar en donde la placenta se implante: mesenterio, tan inferior del hígado, dando cuadros de ictericia, bazo, etc. Es habitual que no se diagnostica y el embarazo abdominal, pese a que la exploración puede sentirse las partes fetales fácilmente (Figura. 5).

(Figura 5) Feto que conservó las membranas

Diagnóstico diferencial

Debe llevarse a cabo entre el embarazo intrauterino y abdominal cuando alcanza de 39 a 40 semanas y no se presenta trabajo de parto. El empleo de oxitocina, ayuda al diagnóstico. Si no hay contracciones uterina es debe pensarse en embarazo abdominal.

Tratamiento

Es quirúrgico, se reduce a extracción del producto no es aconsejable retirar la placenta, ya que la hemostasia del lecho de implantación placentaria generalmente no se logra. Debe cerrarse el vientre sin dejar canalización. La placenta habitualmente se reabsorbe en su totalidad. La rareza del embarazo abdominal no ha permitido tener la experiencia en relación con la administración de metrotexate para acelerar la destrucción del trofoblasto y su reabsorción. Puede decirse que no hay muerte materna, pero fetales si (Figura 5 y 6), porque por lo regular la extracción del producto se efectúa tardíamente, o cuando se obtiene vivo, es muy hábil en sus primeras horas.

(Figura 6) Feto que carece de membranas ovulares sin líquido amniótico, mostrando múltiples adherencias por falta de líquido.

2) TABLA DE REFERENCIA DE GONADOTRÓFICA CORIÓNICA.

Tabla de referencia de Gonadotrófica Coriónica Fracción Beta

Semanas	Valor de referencia (mUI/ml)
Sin embarazo	Menos de 5
Menos de 3	5-25
3-4	9-130
4-5	75-2,600
5-6	850-20,800
6-7	4000-100,200
7-12	1,500-289,000
12-16	18,300-137,000
16-29	1,400-53,000
29-41	940-60,000

4) CARACTERÍSTICAS DE UNA DIETA CORRECTA O RECOMENDABLE.

GRUPO 1. Este se conformó con los alimentos que aportan la mayor parte de la energía y parte de las proteínas de la dieta media nacional, los cereales y sus derivados, a los que se agregan las raíces feculentas y dos frutos: el plátano y el aguacate (por ser pobres en vitaminas) y los azúcares y grasas en forma limitada.

GRUPO 2. En este grupo se integran las semillas maduras de las leguminosas con los alimentos de origen animal. Aquí se complementa, de manera cualitativa, el aporte proteico del GRUPO 1, por otra parte, reúne a las fuentes principales de hierro, zinc, y varias vitaminas (A, B2, B6 y B12).

GRUPO 3. Esta constituido por las frutas y las verduras, que representan la única fuente de vitamina "C" en la dieta, además aportan cantidades apreciables de fibra e hidratos de carbono. Los atributos sensoriales de las frutas y las verduras es una cualidad que no se debe menospreciar.

En 1991, la Comisión Nacional de Alimentación (CONAL) especificó las proporciones que debe aportar cada grupo en la dieta, así mismo señaló los límites máximos para los aceites, las grasas y el azúcar dentro del GRUPO 1.

La dieta correcta o recomendada debe cumplir con las siguientes características:

- A) **COMPLETA.** Que contenga todos los nutrientes. Esto se logra incluyendo en cada comida alimentos de los tres grupos.
- B) **SUFICIENTE.** Que tenga la cantidad de alimentos que un individuo debe consumir por cubrir sus necesidades de nutrientes, de tal manera que los adultos mantengan su peso y los niños crezcan y se desarrollen.

- C) **EQUILIBRADA.** Que los nutrimentos guarden las proporciones adecuadas entre ellos para una nutrición adecuada.
- D) **INOCUA.** Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud, ya que esta básicamente exenta de microorganismos patógenos, toxina y contaminantes
- E) **VARIADA.** Que incluya diferentes alimentos y platillos en cada comida. Se recomienda que la variación se logre con alimentos de temporada que sean preparados con diferentes técnicas culinarias.
- F) **ADECUADA.** A la edad, sexo, estatura, actividad y estado fisiológico, así como a su cultura, estrato socioeconómico, lugar en el que vive y época del año.
- G) **ACCESIBLE.** De acuerdo a los recursos económicos del individuo.