



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA:

**APLICADO AL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE
HISTERECTOMÍA TOTAL Y DIABETES MELLITUS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

VICTORIA CORTES ARCE

No. DE CUENTA: 099711494

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ

JUNIO, 2007



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS

2. JUSTIFICACIÓN

3. METODOLOGÍA

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

- 4.1.1 Concepto de Proceso Atención de Enfermería
- 4.1.2. . Características del Proceso Atención de Enfermería
- 4.1.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería
 - 4.1.3.1. Valoración
 - 4.1.3.2. La observación
 - 4.1.3.3. Entrevista:

- 4.1.4. Historia clínica de enfermería
 - 4.1.4.1. Resumen clínico.

- 4.1.5 . Diagnostico de Enfermería
- 4.1.6. Definiciones de diagnostico de Enfermería:
- 4.1.7. Finalidad del diagnóstico de enfermería:
- 4.1.8. Clasificación de los diagnósticos de enfermería
- 4.1.9. Pasos para elaborar el Diagnóstico de Enfermería
- 4.1.10. Normas para describir diagnósticos de enfermería:
- 4.1.11. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA.
- 4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.
- 4.1.13. Planeación
- 4.1.14. Ejecución
- 4.1.15. Evaluación
- 4.1.16. Conceptualización de un modelo
- 4.1.17. Funciones de Enfermería
- 4.1.18. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.
 - 4.1.18.1. Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

4.2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

- 4.2.1. Órganos genitales externos.
- 4.2.2. Órganos genitales internos.

4.3. LA HISTERECTOMÍA

- 4.3.1. Definición
- 4.3.2. Tipos De Histerectomía:
- 4.3.3. Indicaciones Absolutas
- 4.3.4. Indicaciones Relativas
- 4.3.5. Medidas Preoperatorias
- 4.3.6. Técnicas Quirúrgicas
- 4.3.7. Complicaciones

4.4. DIABETES MELLITUS

- 4.4.1. Anatomía Y Fisiología Del Páncreas
- 4.4.2. Funciones
- 4.4.3. Definición:
- 4.4.4. Factores De Riesgo
- 4.4.5. Prevención
- 4.4.6. Patogénesis
- 4.4.7. Indicaciones De La Detección De La Diabetes Mellitus
- 4.4.8. Criterios Diagnósticos
- 4.4.9. Evaluación De Signos Y Síntomas En Relación A Diabetes Mellitus.
- 4.4.10. Diabetes Y El Adulto Mayor.
- 4.4.11. Fisiopatología
- 4.4.12. Adaptación Del Modelo De La American Diabetes Association.
- 4.4.13. Plan De Tratamiento
- 4.4.14. Educación Para La Salud
- 4.4.15. Acciones De Enfermería

5. HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- 5.1. Historia clínica.
- 5.2. Historia Clínica de Enfermería de Virginia Henderson.

6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

8. PLAN DE ALTA

9. CONCLUSIONES

10. ANEXOS.

11. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Por muchos años la enfermería fue considerada como una actividad de personas no profesionales, primero fueron comadronas sanadoras, consejeras y yerberas cuyos secretos se transmitían de madres a hijas y de generación a generación.

Realizaban abortos en forma empírica, actuaban como curanderas la gente del pueblo las llamaba mujeres sabias y las autoridades las llamaban charlatanas, no existían escuelas para enfermeras y se mantenían lejos de los libros y de la ciencia, posteriormente se les permite participar como auxiliares de los médicos cuyas serviles tareas se realizan mecánicamente.

Actualmente el personal de enfermería tiene particular importancia por su fuerte inserción en los servicios de salud, debido a que los usuarios demandan servicios de calidad, por lo que resulta necesario hacer una reflexión de la atención que esta proporcionando a la población, y que nos detengamos a analizar la situación que se vive en los servicios de enfermería y en particular en relación con la Salud Reproductiva en donde el profesional de enfermería debe de dirigir sus esfuerzos como un campo amplio y complejo de atención a prenatal, embarazos de bajo riesgo y atención al recién nacido.

En los últimos años el proceso de atención ha servido como una herramienta, puente entre la practica y la teoría mediante la aplicación del método científico que permite a las enfermeras proporcionar en forma racional, lógica y sistemáticamente para satisfacer las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, y mantener el mas alto grado de bienestar físico, mental y social del individuo englobando la relación eficaz enfermera-cliente.

La mortalidad por histerectomía ha disminuido considerablemente, las cifras actuales oscilan entre el 1 y el 4% debido a las complicaciones, como son: infección, hemorragias, complicaciones urinarias, alteraciones en la coagulación sanguínea e insuficiencia renal aguda.

La aplicación de este Proceso de Atención de Enfermería se realizo en una paciente de histerectomía total y diabetes mellitus a la cual se le diagnóstico miomatosis uterina y quistes ováricos, este dicho procedimiento se limita mucho por tener una morbilidad post-quirúrgica, elevada por razones culturales sicológicas y educacionales de la paciente, factores institucionales, factores económicos y sociales como la no aceptación.

Dentro de sus apartados se encuentran los Objetivos, la Justificación la Metodología el Marco teórico que describe el Proceso de Atención de Enfermería y las etapas que lo integran, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino, así como la fisiopatología de la histerectomía, continuando con la Historia Clínica, Plan de cuidados de enfermería, Plan de alta, Conclusiones, Anexos y Bibliografía.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a una paciente con histerectomía total abdominal y diabetes mellitus del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juárez de México, en el turno Vespertino en Febrero del 2007.

1.2. Objetivos Específicos

- Proporcionar una atención de enfermería con calidad y calidez.

- Proporcionar de forma integral cuidados de enfermería a una paciente con histerectomía total abdominal.

- Adquirir la habilidad para realizar un diagnósticos de enfermería a través de la detección de necesidades como el establecimiento de prioridades.

2. JUSTIFICACION

La enfermera como otros profesionales y especialistas en salud, tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable. Con su método, procedimientos y capacidad de aplicar el conocimiento científico de diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan a las necesidades humanas fundamentales.

La realización de un Proceso Atención de Enfermería. Es encauzar a la enfermera en una etapa de formación, a integrar los conocimientos teóricos y científicos en la planeación ideal de la atención en las usuarias, con el profesionalismo y ética que nos identifica y lograr en las usuarias una mejor calidad de vida

El presente Proceso de Atención de Enfermería, pretende para la disciplina de Enfermería, ser una herramienta, donde se integre; el Proceso Enseñanza Aprendizaje, en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del Modelo de Virginia Henderson, por su gran trascendencia y su alto impacto en Enfermería y con enfoque holístico del cuidado, el cual se centra en la respuesta humana única del individuo.

Para la elaboración del presente Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una paciente del servicio de gineco-obstetricia con diagnostico de histerectomía total abdominal y diabetes mellitus, aplicando el modelo de Virginia Henderson, fue necesario seguir toda una metodología que nos permitió como pasantes de la licenciatura en enfermería concluir con éxito el trabajo y poder titularnos.

3. METODOLOGÍA

Para poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería nos apoyamos en las teorías de Virginia Henderson, la cual establece una serie de conceptos que permiten al gremio de enfermería ubicar a cada situación de la práctica, los elementos del paradigma que son: persona, salud, entorno y enfermería; que nos ubica para hablar del proceso de atención de enfermería aplicando las 14 necesidades.

También fue necesario asistir a diversas asesorías para revisiones periódicas con la profesora Margarita González Vázquez tomando como paciente a la Sra. Araceli Juárez Hernández con Diagnóstico de Histerectomía Total Abdominal y Diabetes Mellitus en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Juárez de México, en el turno vespertino en Febrero del 2007.

PRIMERA ETAPA:

VALORACION: Primera etapa del proceso de enfermería, que incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería.

La información se puede obtener por diferentes fuentes: las más comunes son la recolección de datos a través de la interrogación a través de la entrevista con el paciente y/o familiares, y la exploración física.

SEGUNDA ETAPA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Durante esta etapa se deben de ordenar todos los datos para la identificación de los problemas y/o necesidades que serán la base para la planeación de los cuidados.

Se tomará el Modelo de Virginia Henderson para la detección de necesidades y la clasificación autorizada de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) para sustentar los diagnósticos de enfermería, así mismo se elaborarán diagnósticos de enfermería a partir también del formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas).

TERCERA ETAPA:

PLANEACION: Esta fase comienza con el diagnóstico de enfermería que se efectúa recabando y evaluando datos. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería. Consiste en la elaboración de Objetivos que deben ser claros y bien delimitados en tiempo y espacio.

CUARTA ETAPA:

EJECUCION: Es la aplicación real de la atención de enfermería, esto será a través de cuidados y/o tratamientos. Implica llevar a cabo las prescripciones médicas, rutinas del servicio, así como, ejecutar las prescripciones de enfermería (las prescripciones de enfermería son las actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados).

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Consiste en los conocimientos científicos que deben respaldar el cuidado de enfermería.

QUINTA ETAPA:

EVALUACION: Es uno de los pasos principales en el proceso, por que se juzgan los objetivos y el grado en que han sido alcanzados, el grado de éxito del plan de atención de enfermería prescrito y los actos de enfermería subsiguientes.

VALORACIÓN CON NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON, SON:

- 1° .- Respirar con normalidad.
- 2° .-Comer y beber adecuadamente.
- 3° . -Eliminar los desechos del organismo.
- 4° .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5° .- Descansar y dormir.
- 6° .- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7° .- Mantener la temperatura corporal.
- 8° .- Mantener la higiene corporal.
- 9° .- Evitar los peligros del entorno.
- 10° .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11° .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12° .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13° .- Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14° .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió en 1858 que el objetivo real de la enfermera era “Poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actué sobre el”, quería que el paciente se sintiera lo mas cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del medico.

Desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, educativos, etc. y durante esta evolución las necesidades del paciente han seguido siendo el centro de atención de la enfermera.

“Diversas materias han evolucionado para cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia, Asistencia social, Dietética). El papel de la enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares ha pasado de ser proveedora a ser coordinadora”¹

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos específicos de enfermería para resolver los problemas del paciente, y el método por el que se logra esto es el Proceso de Enfermería.

4.1.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Antes de utilizar el proceso de enfermería, se usó el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identificó la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de enfermería. Éste como un instrumento, herramienta o método para la práctica, fue presentado en el año 1961 por Orlando. Ha sido el modelo predominante en la clínica de enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos 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. Por medio del proceso de enfermería, entonces 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.²

¹ IYER Patricia,W. Et. Al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, p.1

² IBIDEM p.p. 1-30.

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se alimentan continuamente. Éstas permiten la humanización e integralidad 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.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado se alterara, 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.³

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) dinámico, 3) interactivo, 4) flexible, 5) posee una base teórica y 6) tiene una finalidad.

Es *sistemático* porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos.

Es *dinámico* porque evoluciona según las respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e *interactivo*, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

La *flexibilidad* del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; y el segundo sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

El proceso de enfermería exige *fundamentación teórica*, quinto punto, que parte de numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Por último, su finalidad es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados, y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

Por otra parte, la aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones en la profesión, el enfermo y el profesional de enfermería. Además, permite sistematizar el campo de

³ IBIDEM p.p. 42

actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Además, adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo del saber y del hacer en la profesión de enfermería y permite hacer auditoría mediante el examen de los cuidados de enfermería proporcionados y su comparación con los estándares o normas.

El proceso de enfermería resulta benéfico para el paciente y su familia, porque los estimula a participar activamente en éste, al involucrarlos en sus diferentes fases. Proporciona los datos de la evaluación, participa en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, comprueba el cumplimiento de los objetivos y da las respuestas que van a evaluarse. Así mismo, el plan de cuidados escrito en el registro fomenta la continuidad de los cuidados, lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

También aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la excelencia del profesional; estimula la creatividad y las innovaciones a la hora de solucionar los problemas generados en el cuidado de enfermería, y el desarrollo de habilidades interpersonales, cognitivas y técnicas; e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes.

El proceso de enfermería hace aportes a la investigación relacionados con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aún no bien definidos, y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planes estandarizados, entre otros.

En la educación formal de profesionales de enfermería, el proceso es un instrumento ideal para orientar los trabajos en la experiencia clínica, organizar el plan de estudios y los contenidos de las asignaturas profesionales.

El profesional de enfermería puede ofrecer a las entidades que lo contratan valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnóstico de problemas de enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditoría del cuidado que ofrecen.

Así mismo, poder clarificar el aporte específico que hace en la prestación de los servicios sanitarios, le permite no sólo diferenciarse de otros profesionales sino dar un respaldo y un crédito de la calidad de los servicios que ofrece.

Si se parte de los conceptos sobre los diferentes métodos de trabajo y el proceso de enfermería y de la reflexión (con una mirada sobre la experiencia en la práctica docente y del cuidado) es necesario buscar referentes que apunten a dar una respuesta al dilema si aplicar o no el proceso de enfermería.

Es necesario que el profesional de enfermería organice sus conocimientos y su pensamiento para llevar a cabo las acciones que requieren el cuidado de los usuarios. Si no se opta por el proceso de enfermería que en la actualidad se dispone, deberá buscarse otro instrumento de

trabajo que le permita un método lógico y racional. Pero adoptar el proceso de enfermería, y no otro, permite intercambiar experiencias con profesionales de enfermería de otras latitudes, poner a prueba los resultados logrados a través de trabajos de investigación y hacer comparaciones, lo cual es posible si se comparte un lenguaje universal.

Uno de los aspectos que se señalan como obstáculo para su aplicación es el escaso número de profesionales de enfermería; sin embargo, es necesario buscar estrategias para mejorar la infraestructura de los servicios no solamente dotándolos de personal de enfermería en las cantidades y calidades que exige el cuidado de la salud, sino con el complemento de registros adecuados al proceso y el diseño de protocolos de atención de enfermería. También se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de enfermería frente a su ejercicio profesional.⁴

4.1.3. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el Proceso Atención de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El Proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la etapa de valoración se genera por un lado, la recogida de datos el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global⁵

⁴ B.C. LONG/ W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica". 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.

⁵ "ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA ". Volumen I. Pág. 3-4.

4.1.3.1. Valoración

La valoración la conforman:

- La observación.
- La entrevista de enfermería.
- La historia clínica de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería.
- El resumen clínico.

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente y que sigue un esquema.

a) Valoración inicial:

Los datos del paciente los obtiene el personal de enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de enfermería.

b) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente.

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial ⁶

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre el paciente su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.

4.1.3.2. La Observación

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la enfermera, escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos, sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

⁶ B.C. LONG/ W.J. Phipp. Op.cit. págs. 14-15.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.⁷

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenado de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo aspectos físicos.

a) Datos objetivos:

Son los detectados directamente por el personal de enfermería.

b) Datos subjetivos:

Son los facilitados por el paciente y dignos de toda consideración.

La recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente⁸

4.1.3.3. Entrevista:

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercar a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentidos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y metas; con esto la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería⁹.

Es necesario conceder el tiempo necesario, a fin de identificar sus necesidades de salud.

La enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible.

⁷ García Albarrán y Mata Cortes. "El Proceso Atención de Enfermería". Antología SUA-ENEO. Enero, 1996. Pág. 26-28.

⁸ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen I. Pág. 4.

⁹ García Albarrán y Mata Cortes Op cit. pág. 47

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensable en ciertos servicios como pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente.¹⁰

4.1.4. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar los cuidados de enfermería.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución.

Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades del individuo, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad o una unidad de cuidados intensivos.

El paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus pensamientos, sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amigos.¹¹

¹⁰ Enc. de la Enf. Volumen I. Pág. 5-6.

¹¹ García p Albarrán Op cit. págs. 33-35

4.1.4.1. Resumen Clínico.

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente.

4.1.5 . DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnostico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza.

Inicios del diagnóstico de Enfermería.

La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale quien describe el propósito de enfermería como:

“Pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre el “.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados durante los 20 años siguientes las referencias al diagnóstico de enfermería aparecen de forma esporádica en la literatura.

Sin embargo desde 1973 que se convocó la primera reunión del Grupo Nacional para el Diagnóstico de Enfermería.

Funciones que realiza el comité nacional desde 1973

- 1.- Recoger información y difundirla por medio del centro distribuidor de información sobre el Diagnóstico de Enfermería.
- 2.- Promover las actividades educativas a nivel regional y estatal para fomentar la implantación del Diagnóstico de Enfermería por medio de conferencias y seminarios.
- 3.- Promover y organizar actividades para continuar con el desarrollo clasificación y comprobación científica del Diagnóstico de Enfermería.

4.1.6. Definiciones de Diagnostico de Enfermería:

- 1.- Una función independiente de la enfermería, una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).
- 2.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar, (Muritz).¹²

¹² CARPENITO, Manuel. “Manual de diagnostico de enfermería”. 4ª. ed. Madrid Interamericana. 1993. págs. 9-11.

3.- Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones ¹³

Importancia del diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas.

El diagnóstico de Enfermería debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las enfermeras ha investigar por lo que desde 1980 las investigaciones sobre diagnóstico han aumentado considerablemente.

También en las escuelas se ha estado exigiendo que los estudiantes piensen de forma crítica, antes de asumir simplemente que porque un cliente tiene un determinado diagnóstico médico, y que acciones de Enfermería son necesarios.

El uso del Diagnóstico de Enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de diagnóstico de enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

El uso de diagnósticos de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtendrá la recompensa ¹⁴

4.1.7. Finalidad del diagnóstico de enfermería:

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, plantear los cuidados más oportunos.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto de equipo sanitario.

¹³ Ibidem. pág. 12

¹⁴ Op cit. CARPENITO, Manuel. págs. 24-25.

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano.

De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes.

Para ello hay que considerar atentamente: hechos, comportamientos, signos y síntomas, determinar el grado de autonomía del paciente, indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo, establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias.

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de enfermería.¹⁵

Problema interdependiente

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisio-patológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

4.1.8. Clasificación de los diagnósticos de enfermería

a) Diagnóstico real:

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir, están presentes los signos y síntomas.

b) Diagnóstico potencial:

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

c) Diagnóstico posible:

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.¹⁶

¹⁵ Enc. Enf. Volumen 1. Pág. 6-7.

¹⁶ García. Ma. de Jesús. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". Progreso, S.A. 1997. págs. 31-33.

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.
- 2.- Definición.
- 3.- Características definitorias.
- 4.- Factores relacionados.

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema. p.e. alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

2.- Definición.

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas. p. ejm. Alteración en el mantenimiento de la salud se define como Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud¹⁷.

3.- Características definitorias.

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Estas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y 79 % de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

4.- Factores relacionados.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

1. Antecedente de
2. Asociado con
3. Relacionado con
4. Contribuyente a
5. Provocado

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO.

¹⁷ Fernández Ferrín, Carmen; Gloria Novel, Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat edición. 1993. págs. 42-43.

Bases para la formulación de diagnósticos.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un *Diagnóstico Real*, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnóstico identificado se define como un *diagnóstico potencial*, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

3.- En el caso de que consideremos un *diagnóstico posible* la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente¹⁸.

4.1.9. Pasos para elaborar el Diagnóstico de Enfermería

1.- Análisis de datos:

En el análisis de datos es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

2.- Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería:

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre si.
- b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta el paciente.

3.- Identificación de problemas interdependientes:

La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales.

4.- Identificación de capacidades:

¹⁸ Ibidem. Pág. 41-58.

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

4.2.10. Normas para describir diagnósticos de enfermería:

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.
- 2.- Utilizar “relacionado/a, con. “
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería ¹⁹

Problema de Salud.	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar ²⁰

¹⁹ Carpenito. Op. cit. pág. 36.

²⁰ García, Ma. De Jesús. Op. cit. Pág. 37.

4.1.11. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA.

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.²¹

²¹ Enc. Enf. Tomo I. págs. 11-76.

4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales.

01. RESPIRAR.

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Alteración de la nutrición: por defecto .
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
- Potencial de aspiración.

03. ELIMINAR.

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso W.C.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

04. MOVERSE.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

05. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la incapacidad.
- Potencial intolerancia a la actividad.

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

07.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento)especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.

- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la comunicación social.
- Síndrome de estrés del traslado.

11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Desesperanza.
- Impotencia.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12. PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).
- Conflicto de decisiones (especificar).
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad en el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral.

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar)²².

4.1.13. Planeación

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería ²³

La fase de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar sin dilación, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables .²⁴

Establecimiento de prioridades y objetivos.

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raras.

Cuando ya se establecen prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problemas de dependencia.

²² Phaneuf, Margor inf. M:A: Cuidados de Enfermería, Un proceso de atención de enfermería. edición 1993, editorial Interamericana McGraw-Hill; págs. 93-102.

²³ ALFARO, Rosalinda, “Aplicación del Proceso de Enfermería”. Segunda edición, Barcelona, España: Doyna 1992. pág. 6.

²⁴ Enc. de la Enf. Tomo I. Pág. 8.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza de índoles psicomotriz, cognitivo afectivo, etc., pueden tratarse de objetivos a corto, mediano y largo plazo, así como circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo²⁵

4.1.14. Ejecución

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.²⁶

Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la optima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones, dependiendo de cada situación puede intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería; a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación, no sólo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus preocupaciones temores y ansiedades.

La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse.

²⁵ Alfaro Op. cit. pág. 24

²⁶ Ibidem pág. 38

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).²⁷

4.1.15. Evaluación

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permite modificar el plan de cuidados en beneficio del enfermo.

Es una etapa compleja, dado que debe juzgar diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.²⁸

Así se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

4.1.16. Conceptualización de un modelo

Antecedentes

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de enfermería.

²⁷ Iyer Op. cit. pág, 38

²⁸ Alfaro Op. cit. pág . 6

Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante dado que ya se han tenido experiencia, en la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.

Así mismo ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería.

Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la enfermera puede ejercer por si misma (incluido el diagnóstico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el médico, que tradicionalmente ha venido ejecutando.

4.1.17. Funciones de Enfermería

Independientes:

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento.

Interdependientes:

Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

Dependientes:

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes medicas.

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería ²⁹

Modelo conceptual para enfermería

Concepto de modelo:

El modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad.

Clasificación:

1.- Modelos Empíricos:

Son una representación de la realidad, (ej. Corazón de plástico).

2.- Modelos Teóricos:

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

3.- Modelo de enfermería:

Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

²⁹ IGarcía, Op. cit. pág. 48

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a éstos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

No obstante que, algunos modelos de enfermería son conocidos y llevados a la práctica, desde hace varias décadas, no se les identificaba con esa categoría.

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidad bio-psico-social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de su salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, elegir y decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo modificando su comportamiento y ambiente.

Está claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de enfermería por parte de las enfermeras clínicas, las compromete a desarrollar su trabajo en una forma más profesional.

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.³⁰

4.1.18. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nació en 1897, desarrolló su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años ´60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer, “Tratado de Enfermería Teórico y Práctico”.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanista, por que considera a la profesión como un arte y una ciencia.

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

³⁰ Ibidem pág. 24

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

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

V. HENDERSON trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión –positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible³¹.

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

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados Básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

³¹ Carmen Fernández Ferrín; Gloria Novel Martí. Op. cit.- págs. 1—10 . Pag. 1-10.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

SUPUESTOS:

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más concientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas”.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”.

a) Valores:

“La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica, según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”.

La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

b) Concepto de Enfermería:

La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica), y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de enfermería.

c) Necesidades básicas del paciente:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Mover y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles ³².

La Salud. Independencia/ Dependencia Y causas de la dificultad.

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

Falta de fuerza.

Falta de conocimiento.

Falta de voluntad.

³² Ibidem. Pág. 523

Independencia

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

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

DEPENDENCIA.

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

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado³³.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.

CUIDADOS BÁSICOS.

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

³³ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Op. cit. 1993. págs. 1-10.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella “ en la planificación y ejecución de un programa global , ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

ENTORNO.

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

4.1.18.1. Aplicación Del Modelo De V. Henderson.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

- 1.- En las etapas de **VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.
Esta etapa determina:
 - El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
 - La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la **NANDA** constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.

9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Fijar prioridades.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer termino, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

Fijar objetivos.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

Objetivo general.

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.³⁴

2.- En las etapas de PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación.

Determinación de las actividades.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la *suplencia o a la ayuda, total o parcial* es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o la familia.

³⁴ Ibidem. págs. 42-43.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a *reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos* que la faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible³⁵.

También en esta etapa se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, o personas (pte. Familia, enfermera).

³⁵ Ibidem. págs 42-43.

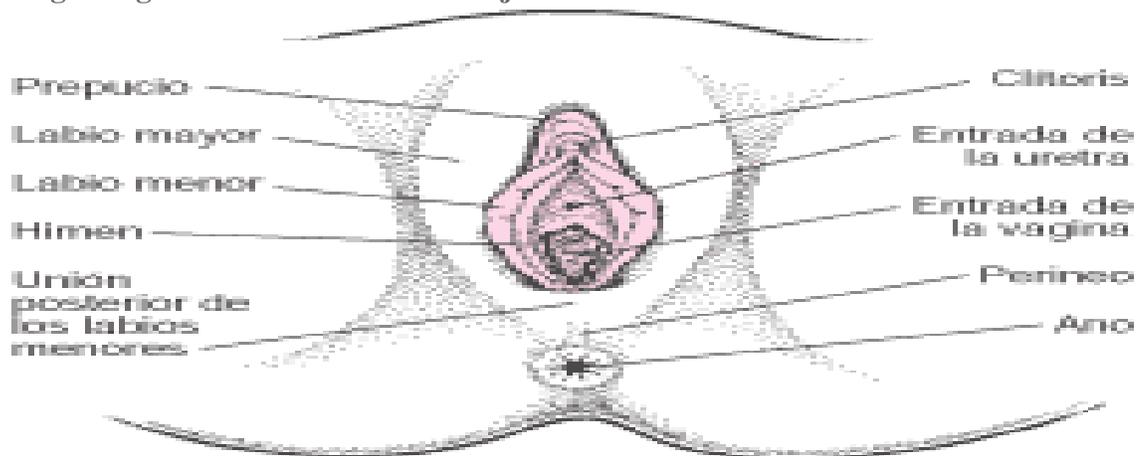
4.2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos genitales internos forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos, y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto, y acaba en el canal cervical (vagina), que permite el alumbramiento de un bebé completamente desarrollado. El espermatozoides puede recorrer todo el aparato en dirección ascendente hacia los ovarios y los óvulos en sentido contrario.

4.2.1. ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Los órganos genitales externos (vulva) están bordeados por los labios mayores (literalmente, labios grandes), que son bastante voluminosos, carnosos y comparables al escroto en los varones. Los labios mayores contienen glándulas sudoríparas y sebáceas (que secretan aceite); tras la pubertad, se recubren de vello. Los labios menores (literalmente, labios pequeños) pueden ser muy pequeños o hasta de seis centímetros de ancho. Se localizan dentro de los labios mayores y rodean los orificios de la vagina y la uretra. El orificio de la vagina recibe el nombre de introito y la zona con forma de media luna que se encuentra tras ese orificio se conoce como horquilla vulvar. A través de diminutos conductos que están situados junto al introito, las glándulas de Bartholin, cuando son estimuladas, secretan un flujo (moco) que lubrica la vagina durante el coito. La uretra, que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior, tiene su orificio de salida delante de la vagina.

Órganos genitales externos de la mujer



Los dos labios menores tienen su punto de encuentro en el clítoris, una pequeña y sensible protuberancia análoga al pené en el hombre que está recubierta por una capa de piel (el prepucio) similar a la piel que se encuentra en el extremo del miembro masculino. Al igual que éste, el clítoris es muy sensible a la estimulación y puede tener erección.

¹ Ibidem. págs 42-43.

Los labios mayores se encuentran en la parte inferior, en el perineo, una zona fibromuscular localizada entre la vagina y el ano. La piel (epidermis) que cubre el perineo y los labios mayores es similar a la del resto del cuerpo (gruesa, seca y puede descamarse). Por el contrario, el revestimiento de los labios menores y la vagina es una membrana mucosa; a pesar de que sus capas internas son de estructura similar a la epidermis, su superficie se mantiene húmeda gracias al líquido de los vasos sanguíneos de las capas más profundas que atraviesa el tejido. Su gran cantidad de vasos sanguíneos le da un color rosado.

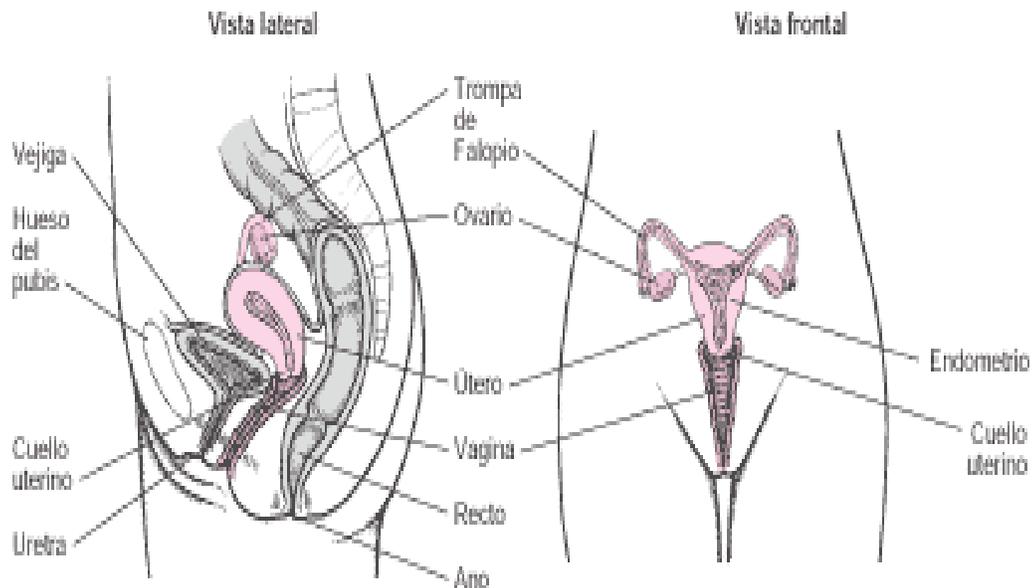
El orificio vaginal está rodeado por el himen (o membrana virginal). En la mujer virgen, el himen puede cubrir por completo el orificio, pero en general lo rodea como un anillo ajustado. Como el grado de ajuste varía entre las mujeres, el himen puede desgarrarse en el primer intento de mantener una relación sexual o puede ser tan blando y flexible que no se produce desgarro alguno. En una mujer que no es virgen, el himen es como un pequeño apéndice de tejido que rodea el orificio vaginal.

4.2.2. ORGANOS GENITALES INTERNOS.

Las paredes anterior y posterior de la vagina normalmente se tocan entre sí, para que no quede espacio en la vagina excepto cuando se dilata, por ejemplo, durante un examen ginecológico o una relación sexual. En la mujer adulta, la cavidad vaginal tiene una longitud de 9 a 12 centímetros. El tercio inferior de la vagina está rodeado de músculos que controlan su diámetro, mientras que los dos tercios superiores se unen por encima de estos músculos y pueden estirarse con facilidad. El cérvix (la boca y el cuello del útero) se encuentra en la parte superior de la vagina. Durante los años fértiles de la mujer, el revestimiento mucoso de la vagina tiene un aspecto rugoso, pero antes de la pubertad, y después de la menopausia (si no se toman estrógenos), la mucosa es lisa.

El útero es un órgano con forma de pera situado en la parte superior de la vagina, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás, y está sujeto por seis ligamentos. El útero se divide en dos partes: el cuello uterino o cérvix y el cuerpo principal (el corpus). El cuello uterino, la parte inferior del útero, se abre dentro de la vagina. El útero normalmente está algo doblado hacia delante por la zona donde el cuello se une al cuerpo. Durante los años fértiles, el cuerpo es dos veces más largo que el cuello uterino. El cuerpo es un órgano con abundante musculatura que se agranda para albergar al feto. Sus paredes musculares se contraen durante el parto para impulsar al bebé hacia fuera por el fibroso cuello uterino y la vagina.

Órganos genitales femeninos internos



El cuello uterino contiene un canal que permite la entrada del espermatozoides en el útero y la salida de la secreción menstrual al exterior. Excepto durante el período menstrual o la ovulación, el cuello uterino es en general una buena barrera contra las bacterias. El canal del cuello uterino es demasiado estrecho para que el feto lo atraviese durante el embarazo pero durante el parto se ensancha para que sea posible el alumbramiento. Durante un examen pélvico, el médico puede observar la porción de cérvix que sobresale y entra en el extremo superior de la vagina. Al igual que la vagina, esta parte del cuello uterino está recubierta de mucosa, aunque ésta es de tipo liso.

El canal del cuello uterino está recubierta de glándulas que secretan un moco espeso e impenetrable para el espermatozoides justo hasta el momento en que los ovarios liberan un óvulo (ovulación). Durante la ovulación, la consistencia del moco cambia para que el espermatozoides pueda atravesarlo y fertilizar el óvulo. Al mismo tiempo, el moco que secretan estas glándulas del cuello uterino tiene la capacidad de mantener el espermatozoides vivo durante 2 o 3 días. Más tarde este espermatozoides puede desplazarse hacia arriba y, atravesando el cuerpo del útero, entrar en las trompas de Falopio para fertilizar el óvulo; en consecuencia, el coito realizado 1 o 2 días antes de la ovulación puede acabar en un embarazo. Debido a que algunas mujeres no ovulan de forma regular, el embarazo puede producirse en distintos momentos tras el último período menstrual.

El revestimiento interior del cuerpo del útero (endometrio) se hace más grueso todos los meses después del período menstrual (menstruación). Si la mujer no queda embarazada durante ese ciclo, la mayor parte del endometrio se desprende y tiene lugar una hemorragia, que constituye el período menstrual.

Las trompas de Falopio tienen una longitud de 6 a 9 centímetros desde los extremos superiores del útero hasta los ovarios. El extremo de cada trompa se ensancha y adopta una forma de embudo, constituyendo un orificio de mayor diámetro para facilitar la caída del óvulo en su interior cuando éste es liberado por el ovario. Los ovarios no están unidos a las trompas de Falopio, pero se encuentran suspendidos muy cerca de ellas gracias a un ligamento. Los ovarios, de color perla, tienen una forma oblonga y son algo menores que un huevo cocido.

Los cilios (prolongaciones de las células, similares a pelos que se mueven en vaivén) que recubren las trompas de Falopio y los músculos de sus paredes impulsan el óvulo hacia abajo a través de estos tubos. Cuando un óvulo encuentra un espermatozoide en la trompa de Falopio y es fertilizado por éste, comienza a dividirse. En un período de 4 días, el diminuto embrión sigue dividiéndose mientras se desplaza lentamente hacia abajo por la trompa hasta llegar al útero. El embrión se adhiere a la pared uterina, donde queda fijo; este proceso se denomina implantación o anidación.

Cada feto femenino cuenta con 6 o 7 millones de oocitos (células ovulares en desarrollo) a las 20 semanas de embarazo y nace con alrededor de dos millones de oocitos. En la pubertad, sólo quedan entre 300 000 y 400 000 para madurar y convertirse en óvulos. Los miles de oocitos que no completan el proceso de maduración degeneran de forma gradual y, tras la menopausia, no queda ninguno.

4.3. LA HISTERECTOMÍA

4.3.1. Definición

La histerectomía se refiere a la extirpación quirúrgica del útero.

4.3.2. Tipos De Histerectomía:

Dependiendo del estado clínico de la paciente se pueden realizar algunos de los siguientes tipos de histerectomía³⁶:

HISTERECTOMÍA TOTAL: Se extirpan el útero y el cérvix.

PANHISTERECTOMÍA: También llamada histerectomía total con salpingoogerectomía bilateral, consistente en la extirpación del útero, cérvix, trompas de falopio y ovarios.

OPERACIÓN DE WERTHEIM: Consiste en la extirpación del útero, cérvix, trompas de Falopio y ovarios, acompañada de vaginectomía parcial y disección de los ganglios linfáticos pélvicos. Generalmente, se realiza en los problemas neoplásticos malignos y debe practicarse por vía abdominal.

En el campo de la obstetricia, la histerectomía obstétrica es aquella que se realiza en cualquier momento del estado grávido puerperal y se puede practicar después de un aborto, un parto o una cesárea, tiene una incidencia de una histerectomía por 800 embarazos HGO-3 IMSS) y es una operación que muchas veces salva la vida de la paciente y que tiene varias indicaciones.

De acuerdo con la etapa del estado grávido puerperal en que se realice, pueden describirse:

³⁶ Félix Ramírez Alonso, La histerectomía en Obstetricia, cesárea e histerectomía, En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Manual Moderno, primera edición, México D.F. 2002. págs. 421-426

- a) Cesárea e histerectomía, que es la extirpación del útero en el mismo acto quirúrgico en que se práctica la cesárea y con el mismo procedimiento anestésico.
- b) Histerectomía en el puerperio, que puede ser:
 - 1. Histerectomía posparto
 - 2. Histerectomía poscesárea.
 - 3. Histerectomía posaborto.
- c) Histerectomía en bloque: Es la extirpación del útero grávido con su contenido insitu; ejemplos embarazo molar o huevo muerto y retenido, con una infección severa y se práctica la histerectomía en bloque, evitando la contaminación de la cavidad peritoneal, puesto que no se abre el útero.

4.3.3. Indicaciones Absolutas

Son procesos obstétricos graves que ponen en peligro la vida de la madre y cuyo tratamiento para salvar la vida de la madre, es la extirpación inmediata del útero³⁷:

- a) Ruptura no reparable.
- b) Acretismo placentario (adherencia anormal de la placenta).
- c) Inercia uterina no resuelta por métodos conservadores, por ejemplo, el útero de Couvalaire en el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- d) Otros casos de hemorragia uterina cuantiosa que pueden llegar a indicar la histerectomía, son: ruptura uterina, deshiscencia de cicatriz previa, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Etc.
- e) En el puerperio ; la infección severa e incontrolable de órganos internos, etc.

4.3.4. Indicaciones Relativas

Estas incluyen aquellos procesos en los que se juzga conveniente una histerectomía pero no hay una necesidad absoluta y urgente de la operación; es decir, que se puede dejar de hacer sin perjuicios para la paciente:

³⁷ Ibidem. págs. 421-426

- a) Mixomatosis uterina múltiple en paciente con paridad satisfecha.
- b) Carcinoma cervicouterino in situ o ciertos grados de displasia con paridad satisfecha.

La histerectomía en bloque se encuentra principalmente indicada en las patologías del trofoblasto, como la mola de repetición, el embarazo molar en paciente gran multí en algunos casos de huevo muerto y retenido infectado, y algunas situaciones de aborto séptico.

4.3.5. Medidas Preoperatorias

Como la patología obstétrica es de urgencia y muy grave, las medidas preoperatorias mínimas son las siguientes³⁸:

1. Grupo sanguíneo y factor Rh.
2. Pruebas cruzadas de sangre.
3. Biometría hemática, química sanguínea y pruebas de coagulación.
4. Catéter de PVC, vena canalizada con catéter para transfusión y para administrar líquidos.
5. Examen preanestésico.
6. Control estricto de líquidos.
7. Examen general de orina.

4.3.6. Técnicas Quirúrgicas

Dentro de los tipos de esta operación, la histerectomía total es la técnica de elección y en ella se extirpa todo el órgano para que no haya posibilidades futuras de que se desarrolle un cáncer cervicouterino. La histerectomía subtotalo se puede practicar en los siguientes casos³⁹:

- a) Cuando existan várices o adherencias posquirúrgicas previas a nivel del cérvix.

³⁸ Ibidem. . págs. 421-426

³⁹ Idem

- b) En pacientes muy graves en las que haya urgencia de terminar el procedimiento.
- c) Dificultades técnicas o falta de experiencia del cirujano.

La técnica quirúrgica es similar en la histerectomía en bloque, en la histerectomía posparto y en la cesárea e histerectomía, de la que se describirán los principales tiempos quirúrgicos⁴⁰:

1. Una vez que se extrae el producto, se coloca una compresa en la cavidad uterina para disminuir el sangrado y se sutura la histerotomía.
2. Se colocan dos pinzas de rochester en el ligamento redondo y se secciona entre ambas. Se ligan los cabos del ligamento y se retiran las pinzas.
3. Pensamiento, sección y ligadura de las trompas de Falopio.
4. Sección del ligamento ancho disecando su hoja anterior, iniciándose el corte en un ligamento redondo y se termina en la cara anterior de útero, haciéndose lo mismo en el lado opuesto.
5. Se empuja hacia abajo el peritoneo con una gasa montada en pinzas de Foester para rechazar la vejiga.
6. Seccionar la hoja posterior del ligamento ancho en la misma forma, hasta donde se encuentra la inserción de los ligamentos uterosacros.
7. Se rechaza con una gasa montada, en la forma descrita, el tejido laxo intraligamentario, descubriendo los vasos uterinos situados en los bordes del útero. Se pinzan con dos pinzas de Lefort cada vaso uterino y se seccionan entre ellas.
8. Se liga el vaso seccionado, cortándose los hilos inmediatamente para no traccionarlo y producir una hemorragia.
9. Se secciona con bisturí la fascia anterior y la posterior del istmo cervical.
10. Se toman pinzados los ligamentos de Mackenrodt.
11. Se seccionan los dos ligamentos, para que el útero quede sujeto únicamente por la vagina.
12. Se liga cada ligamento cardinal dejando el catgut referido con unas pinzas.
13. Se secciona la vagina a través de la separación de la fascia uterina extrayendo la pieza quirúrgica.

⁴⁰ Ibidem. págs. 421-426

14. Se exponen los bordes de la vagina con pinzas de Allis largas y se sutura la vagina con catgut atraumático del No. 1 empezando por uno de los ángulos con surgete continuo o cruzado.
15. Se anuda cada catgut de referencia del ligamento cardinal a cada extremo de la sutura vaginal y se sutura a continuación la fascia periuterina.
16. Se anudan los dos cabos de los ligamentos de Mackenrodt para formar la cúpula vaginal.
17. Se peritoniza mediante sutura las dos hojas delo ligamento redondo, iniciando el surgete en un muñón del ligamento redondo y terminando en el opuesto.
18. Se deja una canalización con tubo de penrose por contraabertura para tener la certeza de que la hemostasia quirúrgica fue correcta.

4.3.7. Complicaciones

Como la histerectomía es una operación de urgencia, con pacientes en malas condiciones, son frecuentes las complicaciones y pueden ser⁴¹:

INFECCIOSA: Que incluyen dehiscencia de la herida quirúrgica, abscesos pélvicos de la cúpula o subfrénicos. Pelviperitonitis, choque bacteriémico, pielonefritis, tromboflebitis y hepatitis tóxico-infecciosas.

HEMORRÁGICAS: Sangrado de cúpula vaginal y hemoperitoneo por sangrado de pedículos.

APARATO URINARIO: Lesiones de la vejiga, fistulas, lesiones de los ureteros e insuficiencia renal aguda.

APARATO DIGESTIVO: Ileo paralítico, obstrucción intestinal, úlceras por estrés.

MORTALIDAD: La mortalidad, con equipos de cirugía experimentados y en un buen medio hospitalario se sitúa alrededor de 7.5%, que no es muy alta, si se considera la gravedad de las patologías y el tipo de pacientes.

⁴¹ Ibidem. págs. 421-426

4.4. DIABETES MELLITUS

4.4.1. Anatomía Y Fisiología del Páncreas.

El Páncreas es una glándula situada por abajo del estomago y a su derecha, se extiende desde el arco duodenal hacia el fondo del estomago. Es un órgano de forma alargada y foliáceo la cual se le considera 3 regiones: La cabeza, El cuerpo y La cola.

Mide aproximadamente 16 cm. De largo y pesa de 80 a 90 grs. (varia según sexo y cada sujeto, es mas voluminoso en varones que en mujeres.) el páncreas esta constituido por un conjunto de racimos glandulares que desembocan en el canal pancreático central o de Wirsung, el cual se comunica en el duodeno a través del ampulla de Vater. En el seno del tejido pancreático se encuentran los islotes de Langerhans, cuya función es sintetizar la insulina.

La insulina es una sustancia que se vierte en el interior del duodeno, como el jugo pancreático; este llega a él a través del ampulla de Vater. La insulina se vierte en el torrente sanguíneo y es utilizada por los tejidos para el aprovechamiento de la glucosa circulante o del glucógeno almacenado.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad debida a que el páncreas no produce la necesaria cantidad de insulina, por tal motivo se eleva el azúcar en la sangre.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que se hereda por tanto los matrimonios de individuos descendientes de diabéticos, generalmente incrementan mas la aparición de este defecto en la población humana⁴².

Islotes de Langerhans: Las células beta de los Islotes de Langerhans secretan insulina, y las células Alfa secretan glucagon. La insulina tiende a acelerar la salida de glucosa, aminoácidos y ácidos grasos desde la sangre y el paso, a través de las membranas plásticas de las células, hacia su citoplasma. La insulina tiende a disminuir las concentraciones sanguíneas de los compuestos alimenticios y a fomentar su metabolismo.

El glucagon, hormona secretada por las células alfa de los islotes de Langerhans, tiende a aumentar la concentración sanguínea de glucosa⁴³.

Los islotes están formados por 2 tipos de células: Alfa y Beta. Son células secretorias, La secreción llega a los capilares sanguíneos y no a conductos. De esta manera el páncreas es glándula doble; exocrina y endocrina por virtud de los Islotes de Langerhans.

⁴² Rodríguez Pinto, Mario Páncreas, Anatomía Fisiología e Higiene, 8ª Edición, Progreso S.A. México pág. 161

⁴³ Parke E.T. Catherine r Anthony y Norma Jane Kolthoff, "Anatomía y Fisiología", Editorial Interamericana, Edición 9ª, México pág. 287

4.4.2. Funciones:

- 1.- Las unidades Tubuloasinosas del páncreas secretan las encimas digestivas que componen el jugo pancreático, por ello el páncreas tiene papel importante en la digestión.
- 2.- Las células Beta del páncreas secretan insulina, hormona que tiene acción reguladora en el metabolismo de los carbohidratos.
- 3.- Las células Alfa secretan glucagon, otra hormona que participa en el metabolismo de los carbohidratos⁴⁴.

4.4.3. Definicion:

"La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Que se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertriglicerimemia. Esta alteración se encuentra asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina , con grados variables de resistencia a esta

Actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anormalidades clínicas y genéticas e las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador. Todo este conjunto de alteraciones sistemicas determina en los pacientes que padecen la enfermedad el desarrollo de daño micro y macro vascular y por consiguiente a manifestar las complicaciones crónicas del padecimiento⁴⁵.

⁴⁴ Ibídem págs 407 y 408

⁴⁵ Madrazo Navarro, Mario Diabetes Mellitus, "Guía Técnica General Para La Vigilancia, Prevención y Control De La Diabetes Mellitus" México I.M.S.S. 1999 México , pág. 18

4.4. Factores De Riesgo

Los factores de riesgo, se clasifican en modificables y no modificables.

MODIFICABLES

Obesidad

Sobrepeso

Sedentarismo

Tabaquismo

Manejo Inadecuado del Estrés

Hábitos inadecuados de Alimentación

Estilo de vida contrario a la salud

Índice de masa corporal > de 27 kg./m. Cuadr. Y > de

26 kgs. En mujeres.

Presión arterial, con cifras > 140/90 mmHg.

Triglicérido > 250 mg/dl.

HDL de Colesterol < 35 mg/dl.

Alteración de la glucosa en ayunas (AGA). > 110
pero < de 126 mg/dl.

Intolerancia a la glucosa (IG), medición a las 2 hrs.
Postcarga de glucosa > 140 pero < de 200 mg/dl.

NO MODIFICABLES

Edad igual o mayor a 45 años.

Antecedentes de Diabetes Mellitus. En un familiar de
1er grado (Padres, hermanos o hijos).

Antecedentes en la mujer de haber tenido un hijo con
un peso al nacer > de 4 kg.

4.4.5. Prevención

La prevención de la Diabetes Mellitus implica el conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

Prevención Primaria

Objetivo.- Evitar el inicio de la enfermedad.

Prevención: Es toda actividad que tiene lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición. Se proponen 2 tipos de estrategias de intervención primaria en la población general:

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales que, unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la Diabetes. Los factores de riesgo para los Diabéticos tipo II son potencialmente modificables: Obesidad, Sedentarismo, Deslipidemia, Hipertensión, Tabaquismo y Nutrición inapropiada⁴⁶.

En la población de Alto Riesgo.

Intervención inicial y a lo largo del padecimiento se realizara especialmente con tratamiento no farmacologico consiste:

1. Educación para la salud (folletos, revistas y boletines).
2. Promoción de la salud.
3. Corrección de factores dentro del estilo de vida.
4. Prevención y corrección de la obesidad (Dietas con bajo contenido graso y azucares refinadas, y alta proporción de fibra alimentaria).
5. Uso racional y precavido de Medicamentos Diabetogenicos (Ejemplo: Diuréticos, Corticoesteroides y Betabloqueadores).

Individuos de Alto Riesgo.

- ❖ Edad Mayor de 45 años.
- ❖ Con obesidad.
- ❖ Con antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de 1er grado.
- ❖ Mujeres de 50 años portadores de enfermedad arterial coronaria.
- ❖ Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II
- ❖ Con hipertensión arterial⁴⁷

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Ibídem pág. 20

Prevención Secundaria.

Todos los esfuerzos están destinados a individuos ya diagnosticados como diabéticos.

Tiene como objetivos:

1. Procurar su remisión, cuando sea posible.
2. Prevenir o retardar la aparición de complicaciones agudas o crónicas.
3. Retardar la progresión de la enfermedad.

Las acciones para cumplir los objetivos se fundamentan en el control metabólico óptimo de la enfermedad.

Los pacientes diabéticos son más propensos a las infecciones que quienes no lo son, y a su vez a las infecciones que alteran el control de la glucemia. Por esto es importante llevar un estrecho control y vigilancia mediante glucemia plasmática o Capilar a los pacientes cuando están enfermos.

El objetivo de la atención preventiva a los diabéticos y de las mediciones de la glucemia capilar en el hogar, es el auto cuidado.

Son tres los hábitos dentro del control del paciente que afectan el pronóstico de la diabetes: La nutrición, El ejercicio y el hábito de fumar.

Una nutrición apropiada y el ejercicio adecuado mejoran al máximo el control de la glucosa. Es importante que el enfermo conozca los efectos adictivos del hábito de fumar y la diabetes sobre el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares⁴⁸.

Prevención terciaria.

Esta dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas.

Tiene como objetivos:

1. Evitar la discapacidad del paciente (Insuficiencia renal, Ceguera, Pie diabético, etc.).
2. Impedir la mortalidad temprana.

Estas acciones requieren la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones.

⁴⁸ Ibídem pág. 22 y 23

4.4.6. Patogénesis

El defecto que existe en el metabolismo de los hidratos de carbono es una parte central en la patogénesis de la Diabetes Mellitus tipo II y en la intolerancia a la glucosa. Las concentraciones de glucosa en sangre son determinadas por un balance entre la entrada de glucosa al organismo y a sus niveles en la circulación, estas concentraciones conducen a una respuesta en la secreción de insulina. La liberación de la insulina suprime la producción hepática y estimula la concentración periférica de glucosa, lo cual de alguna manera limita el incremento de glucosa posprandial. En este grupo de pacientes la respuesta de las células beta se encuentra alterada con la consiguiente falta de acción de la insulina. Los tejidos periféricos y el hígado se hacen resistentes a la acción de la hormona. Además existen trastornos en el metabolismo de los ácidos grasos libres que pueden alterar el metabolismo de la glucosa intracelular. La insulina es una llave que regula la respuesta metabólica de la glucosa. La secreción de esta hormona que proviene de las células beta del páncreas es regulada por diferentes secretagogos, incluyendo glucosa y las hormonas gastrointestinales como el péptido semejante a glucagón (GLP-1)⁴⁹.

La disminución de la secreción de insulina o su falta de acción origina un incremento en la producción hepática de glucosa que a su vez propicia una mayor hiperglucemia. Esta última se acentúa debido a la disminución en la utilización de la glucosa dentro de las células y directamente por la disminución de insulina finalmente. Todos estos procesos producen un deterioro de las células beta y defectos a nivel del receptor insulínico. Lo que incrementa la resistencia a la insulina⁵⁰.

Criterios de Detección

Son candidatos para realizar: una glucosa capilar y posteriormente una glucosa plasmática, en ayuno aquellos individuos que tengan uno o más factores de riesgo de los que a continuación se señalan.

- 1.- Individuos de 45 años o más.
- 2.- Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus por parte del padre, madre o hermanos.
- 3.- Individuos obesos (Peso corporal > 120% del peso deseable o bien índice de masa corporal- IMC.> de 27 kg. sobre metro cuadrado de superficie corporal).
- 4.- Individuos que pertenecen a grupos étnicos de alto riesgo (nativos americanos, México americanos, hispánicos).

⁴⁹ Madrazo Navarro Mario, Diabetes Op. cit. pág. 23

⁵⁰ *Ibidem* P 24

5.- Tabaquismo.

6.- Mujeres que tienen hijos al nacer con peso igual o mayor a 4 kg.

7.- Individuos con hipertensión arterial (> 140/90 mmHg).

8.- Individuos con deslipidemia (triglicéridos > 250 mg/dl y HDL colesterol > 35 mg./dl)⁵¹.

4.4.7. Indicaciones De La Detección De La Diabetes Mellitus

1.- La detección de la diabetes Mellitus esta indicada a partir de los 25 años debido a que es la edad a partir de la cual se agregan los factores de riesgo relacionados al estilo de vida que se asocia al desarrollo del padecimiento como es el sedentarismo, inicia la obesidad, el tabaquismo, embarazos, desarrollo de hipertensión.

2.- La detección de Diabetes Gestacional debe ser realizada por el medico familiar, mediante la medición de glucemia plasmática a todas las embarazadas entre la semana 24 y 28 de la gestación con el fin de establecer el diagnostico y la referencia oportuna a los servicios de ginecoobstetricia para su tratamiento.*

4.4.8. Criterios Diagnósticos

Se recomienda el practicar en forma anual glucemia en ayunas a los derechohabientes con factores de alto riesgo.

Síntomas

Aparición gradual de sed (polidipsia), poliuria y nicturia, cansancio, aftas (genital u oral), infecciones de la piel.

La Diabetes puede presentar complicaciones a largo plazo, retinopatía, cataratas, enfermedad cardíaca o vascular, periférica y nefropatía.

Los criterios actuales par el diagnostico de Diabetes Mellitus toma en cuenta valores de glucemia > 126 mg/DL en dos o mas ocasiones⁵².

⁵¹ Ibídem págs. 51-60

⁵² Idem.

Una vez realizado el diagnóstico, evaluar:

1.- Ficha de identificación (datos personales: estilo de vida, actividades culturales, educación, psicosociales y factores económicos que puedan contribuir al manejo de Diabetes Mellitus.

2.- Antecedentes importantes:

1. Familiares de primer grado con Diabetes Mellitus.
2. Antecedentes de productos macrosomícos con peso mayor de 4 kg.
3. Tabaquismo.
4. Alcoholismo.

Antecedentes de enfermedades asociadas:

1. Obesidad.
2. Hipertensión arterial.
3. Alteraciones en el nivel de colesterol.
4. Alteraciones en el nivel de triglicérido.
5. AGA.
6. IG.

3.- Diabetes Mellitus.

Se ha identificado al paciente con Diabetes Mellitus evaluar:

1. Tiempo de Evolución.
2. Fecha del diagnóstico: mes y año.
3. Si tiene o no tratamiento actual.
4. Dosis del medicamento.
5. Tiempo del tratamiento.*
6. Se han aplicado estrategias nutricionales o de actividad física.
7. (hace dieta y/o ejercicio).
8. Si el diagnóstico de Diabetes es reciente.
9. Otros medicamentos que se administran. Actualmente diferentes al tratamiento para Diabetes Mellitus que puedan causar
10. hiperglucemia.

Tipo

Dosis

Motivo

4.4.9. EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN RELACIÓN A DIABETES MELLITUS.

- Estado general.

- Energía: preguntando al paciente sobre los siguientes síntomas:

. Fatiga

. Sueño

. Pesadez

. Debilidad

Apetito

Sed

Poliuria (Numero de micciones que el paciente experimenta durante el día y la noche).

Últimos 3 días Diuria/Nicturia.

Perdida o ganancia de peso.

Cuadros de Hipoglucemia.

1. Señalar el numero de eventos que se han suscitado en la ultima semana.
2. Frecuencia de los eventos por día. Horario de los eventos.
3. Evaluar las causas posibles de la hipoglucemia:

. Menor ingesta.

. Incremento en las dosis del medicamento empleado.

. Incremento exagerado de la actividad física.**

Evaluar si existen los siguientes eventos:

1. Infecciones: Interrogar tiempo de evolución, síntomas, forma de aparición, lugar de origen, etc.
2. Cavidad oral.
3. Genitourinarias.
4. Infecciones en pies y manos

5.- Evaluación de las complicaciones:

- ❖ Agudas
- ❖ Crónicas

- 6.- Exploración General.
- 7.- Evaluación por laboratorio.

4.4.10. Diabetes Y El Adulto Mayor.

Es indispensable para mejorar su calidad de vida, incrementar factores de protección como son: Ejercicio, dieta adecuada, manejo adecuado del estrés y capacitar a este grupo vulnerable de la población sobre la identificación de los factores de riesgo que pueden afectar a su salud.

La enfermedad crónica en el adulto mayor suele ser con frecuencia causa de incapacidad e invalidez. Donde aparece en un alto porcentaje la Diabetes y sus complicaciones⁵³.

4.4.11. Fisiopatología

Los factores contribuyen para el incremento en el numero de casos en este grupo de la población⁵⁴.

La Edad Disminuye La edad Aumenta

La Obesidad la resistencia a la insulina

FACTORES QUE PREDISPONEN AL Disminución de Genético ADULTO la actividad MAYOR PARA física y PADECER DIABETES sedentarismo MELLITUS

Enfermedades Fármacos

Coexistentes Múltiples

4.4.12. Adaptación Del Modelo De La American Diabetes Association.

El deterioro y disminución de la masa de células beta relacionado con la edad y un patrón de insulino resistencia son factores desencadenantes en la fisiopatología de la Diabetes Mellitus en este grupo de la población.

Un incremento excesivo de grasa corporal que se presenta con la edad y la disminución de la actividad física son factores que ayudan a que se presente una mayor insulino-resistencia. Hay que tener en cuenta que la prevalencia aumentada de enfermedades coexistentes y el

⁵³ Ibidem. Pág. 76

⁵⁴ Idem

consumo de fármacos pueden contribuir a que se manifieste clínicamente la hiperglucemia⁵⁵.

Están expuestos a padecer procesos agudos, como procesos: agudos, infecciosos, interrecurrentes y graves descompensaciones metabólicas como es el coma.

La aparición de complicaciones crónicas son tiempo-dependientes.

Cambios Físicos Que Acompañan el Proceso de Envejecimiento

Para el adecuado manejo y control del adulto mayor diabético es imprescindible conocer los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento, además de contemplar el aspecto sociológico y psicológico, hay que distinguir de manifestaciones patológicas. En el adulto mayor la capacidad de adaptación es menor, la homeostasis es lenta, el estado de alerta se deteriora, las actividades se realizan con mas lentitud, los intereses se limitan, la memoria tiende a perderse en cuanto a hechos recientes, los hábitos del sueño se vuelven irregulares, hay propensión a dormir menos, a la irritabilidad y a la perdida del sentido de orientación.

Metabolismo

El metabolismo basal y el consumo máximo de oxígeno van disminuyendo de forma gradual, el consumo máximo de oxígeno en los hombres sedentarios disminuye 9 % por década, en las mujeres activas solo 5 %. La tolerancia a la glucosa también es menor, las grasas corporales aumentan a expensas de una reducción de la masa muscular. El colesterol y las lipoproteínas de baja densidad aumentan, la concentración de las de alta densidad permanecen invariables⁵⁶.

Aparato Cardiovascular

La función miocárdica y el sistema vascular periférico sufren cambios durante el envejecimiento. El volumen sistólico caen aproximadamente un 30 % desde los 25 a los 85 años y el miocardio va hipertrofiándose.

Se observa una disminución de la frecuencia cardíaca de esfuerzo máxima de aproximadamente un latido por año dando como resultado una reducción del gasto cardíaco en reposo del 58 % entre 25 y 85 años.

En una persona de 65 años, la mejoría del gasto cardíaco máximo debida a actividades intensas es de 20 o 30 % menor que la conseguida por un adulto joven. La velocidad de

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Idem.

retorno a la frecuencia cardiaca, la presión arterial, el consumo de oxígeno y la eliminación de CO₂ basales tras el esfuerzo es menor en los sujetos de edad. Los cambios entre la tensión arterial en reposo y ejercicios son también diferentes. Con la edad disminuye la elasticidad de los grandes vasos. La presión arterial sistólica es mayor en reposo y con el ejercicio aumenta de 10 a 40 mmHg.

Aparato Respiratorio

La distensión pulmonar aumenta con la edad, pero la movilidad torácica se altera a los 70 años, el volumen residual aumenta de un 30 a un 50% mientras la capacidad vital disminuye un 30 a 50 %. Con el ejercicio aumentara la frecuencia respiratoria.

Sistema Nervioso

Los tiempos de reacción se hacen lentos y las velocidades de conducción disminuyen un 10 a 15 % influyendo en la actitud para la actividad física. Aumentan los déficit sensoriales y el umbral de percepción para muchos estímulos⁵⁷.

Sistema Músculo esquelético

Los cambios en este sistema suceden con una rapidez alarmante. La masa muscular se atrofia por disminución, tanto en tamaño como en el número de las fibras musculares. La fuerza muscular a los 65 años es 20 % menor; en los sedentarios la pérdida de la masa y de la fuerza muscular puede superar el 40 %. Se traduce en una aparición precoz de fatiga con frecuencia una degeneración de las articulaciones, sobre todo en la columna; pérdida progresiva de hueso. Las mujeres mayores de 35 % pierden el 1 % de masa ósea por año. En los hombres el comienzo es más tardío, a partir de los 65 años, siendo del 10 al 15 % a los 75 años, la disminución de calcio en la dieta, la Diabetes Mellitus, los trastornos renales o la inmovilización acelera el proceso. La fragilidad ósea resultante predispone las fracturas lo que constituye una de las causas de morbilidad y mortalidad más importante en el anciano.

La composición del tejido conectivo va cambiando con la edad, como consecuencia directa las fascias, ligamentos y tendones pierden elasticidad. Los arcos de movilidad tanto activos como pasivos se van limitando.

Valoración previa al ejercicio

Evaluación completa y cuidadosa antes de iniciar una actividad física, la cual estará a cargo del médico familiar, en base a : Historia clínica completa, consumo de medicamentos y dieta, detectar las complicaciones de la Diabetes Mellitus por medio de exámenes de

⁵⁷ Idem.

laboratorio y gabinete, evaluación de la especialidad o las especialidades que se requieren y determinar así la posibilidad de iniciar con el plan de actividad física sin riesgos⁵⁸.

4.4.13. Plan De Tratamiento

Tratar hiperglucemias con objeto de controlar alteraciones metabólicas:

1. Movilización y oxidación de ácidos grasos.
2. Catabolismo exagerado de proteínas que puedan causar atrofia muscular.
3. Producción excesiva de glucosa endogena.

El programa terapéutico para un adulto mayor diabético:

1. 1.- Valoración de la expectativa de la vida.
2. 2.- Existencia de complicaciones propias de diabetes.
3. 3.- El padecimiento de trastornos neuropsiquiaticos u otros problemas médicos coexistentes.
4. 4.- La cooperación y facultades del paciente para comprender el programa terapéutico⁵⁹.

Tratamiento no farmacológico

1.- Proporcionar atención nutricia. Se deben conocer las alteraciones que afectan al individuo (propias del individuo, como envejecimiento, enfermedades crónicas, falta de prótesis por la odoncia parcial o total).

Para afectar la función de la nutrición.

-Factores Seniles: - Disminución del sentido del gusto

- ❖ Disminución del sentido del olfato.
- ❖ Disminución del reflejo de la sed.
- ❖ Problemas odontológicos.

- Factores fisiológicos:

⁵⁸ Ibidem pág. 76

⁵⁹ Idem

- ❖ Incremento en el metabolismo.
- ❖ Disfagia, anorexia.
- ❖ Alteraciones gastrointestinales, mala absorción.
- ❖ Enfermedades crónicas.
- ❖ Ingesta de múltiples medicamentos.

- Factores psicosociales.

- ❖ Aislamiento.
- ❖ Depresión.
- ❖ Pobreza.
- ❖ Ignorancia.
- ❖ Alcoholismo.

- Incapacidad Funcional.

- ❖ Demencia senil.
- ❖ Inmovilidad⁶⁰.

Para poder seguir una dieta adecuada influyen:

Razones económicas, sociales y culturales o religiosas.

Principios básicos para un plan dietético para adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.

1. Respetar gustos, costumbres y preferencias alimenticias.
2. Disminución del aporte calórico y practica del ejercicio.
3. Si existe sobrepeso, reducir el aporte calórico y recomendar ejercicio.
4. Mantener una dieta equilibrada considerando alimentos de consistencia suave.
5. Se recomienda de 25 a 30 grs. De fibra dietaria al día (mucilagos).
6. Ingerir de 1 litro a 1.5 de agua al día.
7. Ingerir menos de 3 grs. De sodio al día.
8. Reducir el aporte de calorías en forma de grasas (menor de 30 %).
9. Eliminar alimentos y bebidas con alto contenido de glucosa.
10. Recomendar bebidas sin azúcar.
11. Determinar las cifras de triglicérido.
12. Realizar ajustes en forma individualizada en lo referente a los micronutrientos: Calcio, hierro, cromo, zinc, carotenos, tocoferol y ácido ascórbico⁶¹.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Madrazo Op.cit. pág. 82

Tratamiento Farmacológico:

Sulfonil-lureas se indican cuando se ha demostrado que el paciente no puede alcanzar el objetivo deseado a base de dieta y ejercicio, se amplía el tratamiento con fármacos hipoglucemiantes.

Insulina : Se indica cuando el objetivo no se alcanza con una dieta de adelgazamiento, ejercicio y con la prescripción de las sulfonil-lureas.

La complicación con el tratamiento de sulfonil-lureas y con la insulina son las hipoglucemias⁶².

Tratamiento No Farmacológico

La base de la comida debe apoyarse en : leguminosas, cereales integrales, verduras, frutas, los cuales son ricos en fibra, hay que evitar los alimentos con elevado contenido de azúcar y grasas así como el alcohol.**

Fibra Dietética

La función de las fibras es:

Inmovilizar el producto de la digestión de los alimentos a lo largo del intestino, incrementa el peso fecal y el número de evacuaciones, reduce el tiempo de tránsito intestinal. Estimula la renovación de las células epiteliales y crecimiento de la mucosa. Dificulta la absorción de moléculas orgánicas como el colesterol y ácidos biliares.

Produce saciedad, sin incrementar la ingestión de energía.

Requiere consumo de agua suficiente de acuerdo con la cantidad y calidad de la fibra.

Existen dos tipos :

Semisolubles: forman un gel al contacto con el agua, incluyen gomas, pectina y mucilagos. Contribuyen a reducir el colesterol, triglicérido y glucosa sanguíneos. Las pectinas son insolubles en agua fría y solubles en agua caliente.

Insolubles: compuestas por celulosa, emicelulosa (es insoluble en agua fría) y lignina. Estas previenen el estreñimiento y formación de divertículos⁶³.

⁶² Idem

⁶³ Madrazo Op.cit. pág. 85.

4.4.14. Educación Para La Salud

Educación para la Salud: es el conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud.

(Fuente: IMSS, Coordinación de la Salud Comunitaria, Manual de Procedimientos de Educación para la Salud, 1998).

La educación considera como el pilar fundamental del tx de toda enfermedad crónica. Ya que el aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje lograra modificar hábitos y costumbres alimentarias, aceptación de su enfermedad y contribuir a una mejor calidad de vida. (75) (pag. 132)

Consejos para evitar lesiones en el pie diabético.

- ❖ Utilizar siempre zapatos amplios, confortables y bien acojinados, no deben ser demasiado holgados porque producen rozaduras.
- ❖ Usar medias y calcetines de algodón o lana de tamaño adecuado y sin costuras, remiendos o dobleces. Evitar las ligas.
- ❖ Lavar los pies diariamente con agua tibia o fría, durante unos 5 minutos., no remojar durante periodos prolongados para evitar la maceración.
- ❖ Inspeccionar los pies diariamente, la planta de los pies debe ser vista con la ayuda de un espejo para asegurarse que no haya cortadas, llagas, moretones o infección.
- ❖ Tras el lavado es importante secar cuidadosamente los pies, evitando la fricción.
- ❖ Después de un lavado perfecto y secado, se pueden emplear polvos, talco con oxido de zinc sobre las zonas donde se acumula la humedad.
- ❖ En caso de que el pie presente abundante callosidad (sobre todo en los talones) sequedad o grietas, utilizar una vez realizada la limpieza una crema hidratante a base de lanolina.
- ❖ La crema no se usara en los pliegues entre los dedos ya que conduce a maceración y a una puerta de entrada de infección.
- ❖ No utilizar callicidas, ni corte de callos o lesiones de los pies.
- ❖ No lavar los pies con agua demasiado caliente ni almohadillas eléctricas. Los diabéticos al tener alterada la sensibilidad pueden producirse quemaduras. Antes de introducir los
- ❖ pies al agua caliente, se debe comprobar la temperatura del agua con el codo.
- ❖ Las uñas se deben limar no mas allá de los dedos y sus bordes han de quedar rectos.
- ❖ Caminar diariamente.
- ❖ Solicitar atención medica en caso de lesión, ampolla o supuracion, hinchazón, enrojecimiento o ulcera.

4.4.15. Acciones De Enfermería

1. Administrar insulina, existen distintos tipos de insulina:
2. Insulina de acción rápida: regular.
3. Insulina de acción intermedia: semilenta.
4. Insulina de acción prolongada.
5. Insulinas Mixtas⁶⁴.

La insulina se presenta en diversas concentraciones: 40 Unidades, 100 U. y 500 U. Las mas usuales son de 40 y 100 U.

La insulina se administra por vía subcutánea.

II.- El preparado se presenta como suspensión, debe agitarse suavemente el recipiente para obtener una suspensión uniforme antes de extraer la insulina. Debe rotarse el frasco entre las manos e invertirlo varias veces, nunca agitarse vigorosamente.

III.- En ocasiones el paciente requiere la administración de una mezcla de insulina de acción rápida e insulina de acción intermedia.

1. Primero se carga la insulina de acción rápida se inyecta en el frasco una cantidad de aire equivalente a la de la insulina que se va a extraer, se da vuelta al frasco y se aspira la cantidad indicada.
2. Se retira la aguja del primer frasco i se procede a cargar la insulina del recipiente de insulina intermedia, manteniendo la aguja hacia arriba, se aspira una cantidad de aire equivalente a la dosis de insulina que se va a extraer, se inyecta el aire dentro del frasco evitando la introducción de la insulina previamente cargada, se extrae la cantidad de insulina indicada y se retira la guja antes de colocar el frasco con el fondo hacia abajo.

IV.- Para la administración subcutánea se utiliza una jeringa graduada de un ml. Con aguja de 25 x 16.

V.- Para la inyección subcutánea de insulina debe introducirse la aguja en un ángulo de 45° a 90° según, respectivamente si el paciente es delgado u obeso. Se debe capacitar al paciente para que pueda inyectarse el mismo y evaluar la técnica.

⁶⁴ * Fuente IMSS, Coordinacion de la Salud Comunitaria, Manual de Procedimientos de Educación para la Salud, México IMSS 1998.

VI.- Las áreas mas utilizadas para la aplicación de las inyecciones subcutáneas de insulina son los brazos (a nivel del deltoides), los muslos, el abdomen.

La administración subcutánea repetida en el mismo sitio provoca alteraciones en el tejido adiposo y ello dificulta la absorción del medicamento. Conviene ir cambiando los puntos de inyección en cada aplicación de las inyecciones de 4 a 5 cm. del otro. Debe planificarse la rotación de los puntos de inyección, para que pasen entre 6 y 8 semanas para la reutilización del mismo. Utilizar un área una semana antes de pasar a la siguiente.

VII. No se debe dar masaje en la zona después de la inyección. Porque se acelera la absorción del fármacos.

VIII.- La mayor parte de los preparados de insulina se deben mantener a una temperatura de entre 18 y 25° C.

VIA SUBCUTANEA

Aplicación de insulina:

Material y Equipo; jeringas de insulina, agujas de insulina 25 x 16, torundas alcoholadas, medicamento a aplicar.

Procedimiento:

- 1- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- 2- Recordar la regla de oro.
- 3- Preparación Psíquica y física del paciente.
- 4- Preparar la jeringa con la cantidad exacta que esta indicada.
- 5- Elegir y descubrir la región, cara anterior del muslo, región escapular, etc.
- 6- Efectuar la antisepsia de la región.
- 7- Con los dedos índice y pulgar, formar un pliegue con la piel del paciente.
- 8- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba levantando la piel y la jeringa en un ángulo de 45° Aproximadamente.
- 9- Aspirar si o no hay presencia de sangre, inyectar el medicamento.

- 10- colocar una torunda alcoholada en el sitio de punción.
- 11- retirar el equipo, darle los cuidados posteriores a su uso.
- 12- Dar orientación al paciente sobre reacciones locales y generales esperadas.

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL.

- 1- No aplicar en zonas irritadas, fibrosas o infectadas
- 2- Avisar al medico inmediatamente en caso de presentar reacción.
- 3- Cerciorarse que la aplicación sea en tejido subcutáneo⁶⁵

CURACION DE ULCERA EN PIE DIABETICO

Procedimiento:

1. Verificar que el material y equipo este completo.
2. Lavarse las manos, antes y después del procedimiento.
3. Retirar con movimientos suaves la curación anterior, humedecerla previamente con agua.
4. Sumergir el pie del paciente en la solución de permanganato (un sobre en un litro de agua) durante 10 minutos.
5. Lavarse las mano nuevamente y colocarse los guantes (calzarse un solo guante si no tiene quien lo auxilie).
6. Realizar la curación con las reglas de asepsia, secar la piel, colocar gasas estériles vaselinadas y fijarlas con venda o retelast (no apretar la venda).
7. Dejar cómodo al paciente.
8. Retirar el equipo, dándole los cuidados posteriores a su uso.
9. Realizar el registro correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL

1. Orientar al paciente para que use calzado cómodo y que se lime las uñas en lugar de cortarlas.
2. Evitar colocar tela adhesiva directamente en la piel del paciente.
3. Evitar el uso de medias y venda elásticas apretadas.
4. El mejor tratamiento para la ulcera es cumplir correctamente con las indicaciones del médico.

⁶⁵ IMSS. Instructivo de operación para los servicios de enfermería en Medicina familiar, Subdirección General Médica Jefatura de Servicios de Medicina, Octubre 1998.

EDUCACION PARA LA SALUD:

Es el conjunto de acciones dirigidas para que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud.

La educación se considera como el pilar fundamental del tratamiento de toda enfermedad crónica ya que al aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje lograra modificar hábitos y costumbres alimentarias, aceptación de su enfermedad y contribuir a una mejor calidad de vida⁶⁶.*

Consejos para evitar lesiones en el pie diabético:

Utilizar siempre zapatos amplios, confortables y bien acojinados, no deben ser demasiado holgados porque producen rozaduras.

Usar medias y calcetines de algodón o lana de tamaño adecuado y sin costuras, remiendos o dobleces. Evitar las ligas.

Lavar los pies diariamente con agua tibia o fría durante unos 5 minutos, no remojar durante periodos prolongados, para evitar la maceración.

Inspeccionar los pies diariamente. La planta de los pies debe ser vista con la ayuda de un espejo, para asegurar que no haya cortadas, llagas, moretones o infección.

Tras el lavado es importante secar cuidadosamente los pies, evitando la fricción.

Después de un lavado perfecto y secado, se pueden emplear polvos, talco con oxido de zinc sobre las zonas donde se acumula la humedad.

En caso de que el pie presente abundante callosidad (sobre todo en los talones), resequedad o grietas, utilizar una vez realizada la limpieza una crema hidratante a base de lanolina. La crema no se usara en los pliegues entre los dedos, ya que conduce a maceración y a una puerta de entrada de infección.

No utilizar callicidas, ni corte de callos o lesiones de los pies.

No lavar los pies con agua demasiado caliente. Los diabéticos tienen la sensibilidad alterada y pueden producirse quemaduras.

Antes de introducir los pies al agua se debe comprobar la temperatura con el codo.

⁶⁶ Ibidem. Octubre 1998.

Las uñas se deben limar, se pueden lesionar si usan tijeras, cortaúñas y cuchillos, y esta lesión puede producir infección. Se recomienda usar lima de cartón (no metálica).

Las uñas deben limarse no mas allá de los dedos y sus bordes han de quedar rectos. Caminar diariamente. Solicitar atención medica en caso de lesión, ampolla o supuración, hinchazón, enrojecimiento o ulcera⁶⁷.**

⁶⁷ Ibidem, Octubre 1998.

5. HISTORIA CLINICA

5.1. HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha: 25 – 02 –07

Nombre: Araceli Juárez Hernández
Sexo: Femenino
Edad: 45 años
Estado Civil: Viuda
Religión: Católica
Escolaridad: Primaria
Ocupación: Hogar.

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

PA Inicia su padecimiento en el mes de Noviembre caracterizado por dolor en pierna derecha, irradiando hacia glúteo izquierdo y fosa iliaca izquierda, dismenorrea, se le realiza un ultrasonido pélvico, encontrándose miomas uterinos, así como quistes ovárico por lo que es programada para histerectomía.

AHF Esposo finado
Hija
Hija
Madre aparentemente sana.
Padre finado a causa de Enfermedad Vasculal Cerebral, padecía HAS.
Abuela paterna finada a causa de Enfermedad Vasculal Cerebral, padecía HAS.

APNP Reside en Calle 20 – 18 Col. Progreso Nacional, habita en casa propia con todos los servicios , en la cual viven 3 personas, zoonosis negativa, hábitos higiénicos: baño diario y cambio de ropa, aseo general de casa diariamente.

AGO Menarca a los 12 años, ritmo irregular con duración de 8 días IVSA a los 20 años, G-II, P-II, A-O, FUM: 09 07 03.

APP Varicela en su infancia, a los 27 años accidente y cirugía de radio izquierdo, niega alérgicos y transfuncionales, a los 22 años hepatitis, tabaquismo positivo desde los 18 años, diabética desde los 15 años con tratamiento.

SV Peso 70 kg., Talla 1.55 m, Tensión arterial con valor de 90/60, FC 100x', FR 24, Temperatura 37.5° C.

EF Paciente conciente intranquila bien orientada en tiempo y espacio con palidez de tegumentos semihidratada, con abdomen blando deprecible al tacto y dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, extremidades sin datos de edema, signos vitales con hipotensión y taquicardia sin compromiso cardiorespiratorio¹.

¹ Fuente: Expediente Clínico

5.2 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A.J.H. Sexo: Femenino Edad: 40 años Peso: 70 Kg Talla: 1.55 m.
Ocupación: Hogar Escolaridad: Primaria
Procedencia: Domicilio Fecha de admisión: 25-02-07 Hora: 14:40
Fuente: Paciente

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? SI

¿ Fumaba usted antes de su embarazo ? SI _____ NO X

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores ? SI _____ NO X

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Siempre _____ Ocasionalmente X

Nunca _____

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital ?

SI _____ NO X

¿Cuál ? _____

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. 24 x' Frec: Cardiaca 100 x' T.A. 90/60

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligeramente pálidos

Circulación de retorno venoso: Adecuado

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 a 4

¿ Come a horas regulares ? SI X NO _____

Si la respuesta es Si precise: 8 AM 15 PM 21 PM
21 PM

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI _____ NO X

¿ De que tipo ? _____

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? NO

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución ? NO

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? 1 litro

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI _____ NO X A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿ Con que frecuencia ? _____

¿ Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia ? _____

¿ Qué cantidad de líquidos ? _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carne		X			
Pescado				X	
Huevo			X		
Fruta		X			
Verduras		X			
Legumbres			X		
Cereales			X		
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra	X				

Objetivo:

¿ Turgencia de la piel ? _____ NO _____

Membranas mucosas: Hidratadas _____ Secas _____ X _____

Características de:

Uñas: _____ Normales _____

Cabello: _____ De acuerdo a su edad _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____ Aceptable _____

Aspecto de los dientes: _____ Presencia de algunas amalgamas _____

Aspecto de encías: _____ No inflamadas _____

Heridas: Tipo _____ no refiere _____ Localización Radio izquierdo _____

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ X _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____

¿ Toma usted algún laxante ? SI _____ NO
 X

¿Cuál ? _____

Orina: Normal X Con dolor X

Menstruación frecuencia irregular Duración 5 días

Historia de hemorragias: _____ Si _____

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI _____ NO X

¿ Se siente molesta a causa de una sudoración abundante ?

SI _____ NO X

¿ Por secreciones vaginales ?

SI X NO _____

¿ Conoce usted las características del sangrado en el puerperio ?

SI _____ NO _____

¿ Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado ?

SI _____ NO X

Objetivo:

Abdomen: características: Globoso deprecible al tacto con presencia de dolor profundo en fosa iliaca izquierda

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: Presentes

Palpación globo vesical: No

Genitales: Normales

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: _____ Ninguna _____

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI X NO _____

¿ Práctica ejercicio prenatales ? SI _____ NO _____

¿ Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____

¿ Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____ Aceptable _____

Posturas: _____ La que sea _____ Ayuda para deambular:
_____ No _____

Dolor con el movimiento: _____ SI _____

Estado emocional: _____ Estresado y con ansiedad _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ X _____ NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: de 6 a 8

¿ Padece insomnio ? _____ Últimamente _____

- ¿ A que considera que se debe ? Al dolor del lado izquierdo en fosa iliaca y dismenorrea
- ¿ Siente cansancio al levantarse ? SI
- ¿ En que forma se manifiesta ? Flojera
- ¿ Utiliza técnicas de relajación ? NO
- ¿ Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto ? _____
- ¿ Por cuánto tiempo? _____
- ¿ En que actividades le ayudará? _____
- ¿ Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé ? _____

Objetivo

Estado: X Ansiedad X Estrés

Lenguaje: Claro X Respuesta a estímulos: Si

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUAD

Subjetivo

- ¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ? NO
- ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? NO
- ¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? NO
- El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: _____
- Calcetas _____ Abrigo _____
- ¿ Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir ?

Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ? SI X NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada X Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente X

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca X

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI _____ NO X

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI X NO _____

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar X

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? _____ de 15° a 20°

Objetivo:

Temperatura corporal: 37.5° C

Características de la piel: Limpia Transpiración: Normal

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: X Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: X

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO X

Parcial _____ Completa _____

¿ Fecha de la última visita al dentista ? Medio año

Aseo de manos:

Antes y después de comer X

Después de ir al baño X

¿ Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿ Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? _____

Objetivo:

Aspecto general: Aceptable

Olor corporal: Normal

Alitosis: NO

Estado del cuero cabelludo: Limpio

Presencia lesiones dérmicas: Cicatriz por cirugía

Cambios tegumentarios propios del embarazo: _____

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
	Hija	14	Secundaria	Estudiante
	Hija	12	Secundaria	Estudiante

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI _____ NO NO A otras sustancias _____

Especifique _____

¿ Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

¿ Llevo control prenatal ? SI _____ NO _____

¿Cuántas consultas? _____

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI _____ NO _____

¿ Sabe por que es importante que la revisen ? SI _____ NO X

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI _____ NO _____

¿ Y en su pareja ? _____

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila _____ Se estresa X Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿ Busca una solución inmediata ? A veces

Objetivo:

¿ Deformidades congénitas ? _____ Ninguna _____

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? _____ Aceptable _____

¿ Condiciones de su ambiente laboral ? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Viuda _____ Años de relación _____

Vive con: _____

Preocupaciones actuales: _____ Salir bien de la operación _____

Rol en la estructura familiar: _____ Madre _____

¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ? _____ desde hace 20 años _____

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? _____ SI _____

¿ Tiene amigas o familiares en quién confió ? _____ SI _____

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? _____ Poco _____

Objetivo:

Habla claro: SI _____ X _____ NO _____

¿ Ve usted bien ? SI _____ X _____ NO _____

¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI _____ NO _____ X _____

¿ Escucha bien ? SI _____ X _____ NO _____

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI _____ NO _____ X _____

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO

Principales valores en su familia: El amor

Principales valores en su persona: El respeto

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? A veces

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): NO

¿ Permite el contacto físico ? SI

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ?

La Virgen de Guadalupe y San Judas Tadeo

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? SI _____ NO X

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? _____

¿ Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI _____ NO _____ ¿ Por qué? _____

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? _____

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: Ansioso, temeroso e inquieto

Otros: Algunas veces nerviosa y angustiada

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Ver televisión

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo?

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? SI

¿ De que tipo? Deportivas y culturales

¿ Forma parte de alguna sociedad: Deportiva Cultural

Profesional

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Las novelas

Objetivo:

Integridad neuromuscular: Si

¿ Rechaza las actividades recreativas? No

Su estado de ánimo es: Apático Aburrido Participativo X

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria

Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: NO

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: No

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? NO

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? SI

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: estresada, nerviosa, ansiosa.

Memoria reciente: alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: Ninguna

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Oxigenación	Alteración de la respiración relacionada con disminución del volumen sanguíneo manifestada por aumento de la frecuencia respiratoria.
Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deshidratación relacionada con el aumento de la temperatura corporal manifestada por mucosas orales secas y piel reseca. ➤ Alteración de la nutrición relacionada con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por aumento de la glucosa sanguínea y disminución del peso corporal en relación con la talla. ➤ Alteración de la nutrición relacionado con dolor y cirugía uterina manifestado por distensión abdominal, náuseas, vómito, cefalea y mareo.
Eliminación	Alteración de la eliminación relacionada con aumento de la osmolaridad de la glucosa en sangre manifestada por poliuria.
Movimiento corporal.	Alteración de la posición y postura relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda para deambular y marcha claudicante
Descanso y sueño	Sueño y descanso alterado relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.
Temperatura	Aumento de la temperatura corporal relacionado con procesos infecciosos, manifestado por febrícula.
Higiene y protección de la piel.	Herida quirúrgica relacionado con operación (Histerectomía Total), manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.
Peligro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor relacionado con herida quirúrgica. ➤ Disminución del volumen sanguíneo relacionado con operación quirúrgica manifestado por disminución de la presión arterial, 90/60. ➤ Aumento de glucosa sanguínea relacionado con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por glucosa de
Comunicación	Angustia relacionada con el abandono de sus hijos por su ingreso al hospital manifestado por estrés y preocupación.
Trabajo	Falta de remuneración económica relacionado con ausencia de empleo manifestado por ingreso económico bajo.

7. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. DE ENFERMERIA:

- Alteración de la respiración relacionada con disminución del volumen sanguíneo manifestada por aumento de la frecuencia respiratoria.

OBJETIVO:

- Orientar sobre técnicas respiratorias que permitan la relajación y favorezcan la respiración
- Indicar cambios de posición que permitan la inspiración y expiración libre y con ello evitar el compromiso respiratorio.
- Lograr que la Sra. Araceli respire con normalidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Colocar al paciente en posición de semifowler.</p> <p>Evitar esfuerzos innecesarios.</p> <p>Expectoración de secreciones en caso necesario.</p> <p>Reposo absoluto</p> <p>Colocación de puntas nasales.</p> <p>Orientar sobre técnicas respiratorias que favorezcan el intercambio gaseoso como:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Respiraciones profundas y sostenidas. *Cambio de posición. *Inflar globos. *De ambulación. *Utilizar espirómetros etc. 	<p>La Posición semifowler favorece el descenso del diafragma y una inhalación máxima.</p> <p>Disminuir la actividad limita el agotamiento de la reserva ventilatoria.</p> <p>Mantener el área permeable favorece el intercambio gaseosos</p> <p>El descanso absoluto disminuye el consumo al miocardio de oxígeno.</p> <p>El oxígeno es necesario para el metabolismo a nivel celular.</p> <p>La respiración superficial y en una misma posición ocasionan la aparición de atelectacia y por consiguiente se disminuye la superficie para el intercambio gaseoso.</p>	<p>Se oriento a la Sra. Araceli y sus familiares sobre técnicas respiratorias favorables y las llevaron acabo.</p> <p>Se le indico a la Sra. Araceli y sus familiares el cambio de posición y su importancia.</p> <p>Se observa una mejor respuesta inhalatoria y expiratoria de la Sra. Araceli, al ser más profundas y menos superficial, además disminuyo la frecuencia respiratoria a 18 por minuto.</p>

NECESIDAD: Nutrición e hidratación

Dx. DE ENFERMERIA:

- Deshidratación relacionada con el aumento de la temperatura corporal manifestada por mucosas orales secas y piel reseca.
- Alteración de la nutrición relacionada con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por aumento de la glucosa sanguínea y disminución del peso corporal en relación con la talla.
- Alteración de la nutrición relacionado con dolor y cirugía uterina manifestado por distensión abdominal, náuseas, vómito, cefalea y mareo.

OBJETIVO:

- Lograr que la Sra. Araceli se encuentre en un estado de hidratación.
- Orientar sobre el consumo de alimentos que no ocasionen aumento de los niveles de glucosa en sangre y favorezcan su estado de salud.
- Mejorar el estado de nutrición de la Sra. Araceli.
- Disminuir el dolor y malestares de la Sra. Araceli para favorecer una alimentación optima de acuerdo a sus necesidades nutricionales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Conservar la ingestión de líquidos suficientes. Proporcionar líquidos a libre demanda. Fomentar la nutrición adecuada e ingesta apropiada de proteínas, grasas, carbohidratos y vitaminas. *Dieta para diabético de 2000 calorías. Se oriento sobre los alimentos que ocasionan aumento de los niveles de glucosa sanguínea. *Evitar azúcares simples y grasas saturadas. *Aumentar el consumo de frutas y verduras de temporadas.	La hidratación evita sequedad de piel. Los volúmenes adecuados son necesarios para eliminar productos de desechos. La nutrición adecuada facilita la cicatrización y es útil para prevenir la maceración de los tejidos. La diabetes mellitus es un trastorno ocasionado por la alteración de la secreción o resistencia a la insulina del páncreas	Sra. Araceli se encontró en un estado de hidratación después de los cuidados de enfermería que se proporcionaron. Se le indico a la Sra. Araceli que alimentos favorecen su adecuado estado de nutrición y favorecen los niveles normales de glucosa sanguínea. No se valoro correctamente el estado de nutrición, pero se le recomendaron alimentos nutritivos que no alteran los niveles de glucosa. Se disminuyo el dolor y se favoreció una adecuada nutrición, se disminuyeron

<p>Proporcionar analgésicos bajo prescripción médica.</p> <p>Orientar sobre técnicas que eviten la aparición del dolor.</p> <p>* Cambio de posición.</p>	<p>El dolor es un dato subjetivo que solamente la persona que lo sufre puede referir, si el umbral es alto, medio o bajo y se debe de creer que existe dolor. El personal de salud debe tratarlo sin indiferencia.</p>	<p>las molestias de la Sra. Araceli.</p>
--	--	--

NECESIDAD: Eliminación

Dx. DE ENFERMERIA:

- Alteración de la eliminación urinaria relacionada con aumento de la osmolaridad de la glucosa en sangre manifestada por poliuria.

OBJETIVO:

- Mantener los niveles de glucosa en parámetros normales para evitar la deshidratación y la poliuria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Proporcionar suficiente cantidad de líquidos.</p> <p>Fomentar el consumo de líquidos y resaltar su importancia.</p> <p>Toma de bililastix</p> <p>Toma de destrostix</p>	<p>El agua es el principal compuesto del organismo 45% en un adulto mayor.</p> <p>Una de las funciones del bililastix es la de cuantificar glucosa en orina en aproximación.</p> <p>Por medio del destrostix se obtiene una muestra de glucosa en sangre</p>	<p>Se mantuvieron los niveles de glucosa dentro de parámetros aceptables para diabetes mellitus 120-170 mg/dl.</p> <p>Se disminuyo la poliuria que presentaba la Sra. Araceli</p>

Administrar insulina de acción rápida a razón de:	aproximada. La insulina es una hormona que permite la captación de glucosa por parte de la célula, modificando la permeabilidad de la membrana celular.	
---	--	--

NECESIDAD: Movimiento Corporal.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Alteración de la posición y postura relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda para deambular y marcha claudicante

OBJETIVO:

- Proporcionar ayuda a la Sra. Araceli en la deambulación
- Disminuir el dolor para mejorar su cambio de posición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Dar cambios frecuentes de posición</p> <p>Proporcionar ayuda en la deambulación y sugerir que los familiares apoyen a la Sra. Araceli en la deambulación en pasillos o al sanitario.</p>	<p>Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo</p>	<p>Se le proporciono ayuda a la Sra. Araceli en la deambulación por parte del personal de enfermería y de sus familiares.</p> <p>Se sugirió posición libre para disminuir el dolor y este disminuyo.</p>

NECESIDAD: Descanso y sueño.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Sueño y descanso alterado relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.

OBJETIVO:

- Recomendar cambios de posición que disminuyan el dolor.
- Disminuir el dolor y lograr que la Sra. Araceli pueda dormir y descansar adecuadamente.
- Orientar sobre técnicas de relajación que permitan el descanso a través del sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Disminuir en lo posible el ruido que favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Administrar analgésico prescrito por indicación médica. Para favorecer el descanso y sueño.</p> <p>Recomendar el cambio de posición que disminuya el dolor y favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Técnicas simples de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none">* Frotamiento de la espalda antes de acostarse.*Momentos de tranquilidad antes de ir acostarse como leer o ver televisión.*Ayudar a prepara la cama y almohada para dormir y descansar.	<p>El conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental, y disminuye la angustia y ansiedad.</p>	<p>Se recomendaron cambios de posición a la Sra. Araceli que favorecieron su descanso y sueño.</p> <p>Se oriento a la Sra. Araceli y familiares las técnicas por medio de las cuales ella podría conciliar el sueño.</p> <p>Se disminuyo el umbral de dolor de la Sra. Araceli según referencias de ella y pudo descansar favorablemente.</p> <p>Se logro que la Sra. Araceli pudiera dormir y descansar adecuadamente con ayuda de sus familiares.</p>

Recomendar a los familiares propiciar un ambiente favorable para descansar .		
--	--	--

NECESIDAD: Temperatura

Dx. DE ENFERMERIA:

- Aumento de la temperatura corporal relacionado con procesos infecciosos, manifestado por febrícula.

OBJETIVO:

- Tratar los procesos infecciosos para disminuir la temperatura corporal a parámetros normales.
- Mantener la temperatura corporal dentro de lo normal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Toma de la temperatura axilar, las veces que sean necesarias. Ajustar la temperatura ambiente, modificando el vestido o la ropa de la cama.	La temperatura es un signo vital y la elevación por encima de parámetros normales ocasiona alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.	Se tomo la temperatura y se disminuyo a 36.9° a través de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.
Utilizar compresas húmedas en cabeza y vientre de la Sra. Araceli.	El hipotálamo es el centro regulador de la temperatura.	Se trataron los procesos infecciosos a través de la curación de la herida quirúrgica y administración de antibióticos. También se procuro la higiene corporal de la Sra. Araceli y la alimentación.
Administrar líquidos por vía oral.	El agua es el componente principal de los organismos vivos.	
Administración de antipiréticos.		
Administración de antibióticos.	La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera	

Mantener la herida quirúrgica limpia, cuidar la alimentación y aseo personal para evitar procesos infecciosos.	generación (antibiótico) de amplio espectro, para microorganismos Gram. positivos y negativos.	
--	--	--

NECESIDAD: Higiene y protección de la piel.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Herida quirúrgica relacionado con operación (Histerectomía Total), manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.

OBJETIVO:

- Mantener limpia y seca la herida quirúrgica para evitar procesos infecciosos y contribuir a su pronta recuperación.
- Proporcionar confort y descanso a la Sra. Araceli a través del aseo personal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Fomentar el baño diario con jabone neutro.	Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamiento de la piel	Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia en el servicio de gineco-obstetricia.
Utilizar un cepillo de cerdas blandas o dispositivos especiales para la limpieza de boca lavado diario de boca	El aseo de cavidad bucal prevé gingivitis, aparición de caries mejora la salivación y proporciona bienestar	Se proporciono confort y descanso a la Sra. Araceli durante su estancia en el servicio de gineco-obstetricia.
Hacer curación de herida quirúrgica.	La asepsia es la eliminación de bacterias por medio de antisépticos. La curación de la herida quirúrgica con la técnica adecuada disminuye el riesgo de infección.	Proporcionarle el baño y ayudarla a realizar su aseo personal, le brinda confianza y lo manifiesta

Lubricar el cuero cabelludo Ayudarla a peinarla	Es útil para conservar la integridad de la piel. Estimulo el cuero cabelludo, el peinarla desenredar el cabello, la hace ver bien y sentirse mejor.	
--	---	--

NECESIDAD: Peligro.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Dolor relacionado con herida quirúrgica.
- Disminución del volumen sanguíneo relacionado con operación quirúrgica manifestado por disminución de la presión arterial, 90/60.
- Aumento de glucosa sanguínea relacionado con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por glucosa de

OBJETIVO:

- Aliviar el dolor relacionado con la operación quirúrgica a niveles tolerables.
- Aumentar el volumen sanguíneo y mantener la presión sanguínea en valores normales.
- Mantener los niveles de glucosa sanguínea dentro de parámetros normales y evitar complicaciones en la recuperación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Evitar esfuerzos innecesarios. Administrar analgésico preescrito por indicación médica. Para. Disminuir el dolor Recomendar el cambio de posición en la cual pueda disminuir el dolor. Administrar por vía intravenosa soluciones que eleven el volumen	La maceración de los tejidos provoca dolor, por las terminaciones nerviosas. La neuronas son las encargadas de transmitir las sensaciones a los núcleos cerebrales El dolor es un dato subjetivo que se debe creer a la persona que lo refiere. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre	La Sra. Araceli refiere que disminuyo el umbral del dolor. La presión sanguínea se elevo a 110-90 mm/Hg después de su estancia en el servicio de ginecoobstetricia. Los niveles de glucosa se controlaron con su esquema de insulina y dieta para

<p>sanguíneo (Hartman),</p> <p>Tomar cada 2 Horas la presión sanguínea.</p>	<p>sobre las paredes arteriales a medida que pasan por ella.</p> <p>En un paciente tranquilo la lectura de la presión sanguínea es mas precisa.</p> <p>La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio dolor y posición.</p>	<p>diabético, se mantuvieron en parámetros de 120- 170 Mg./dl.</p>
<p>Indicar dieta para diabético de 2000 calorías</p>	<p>Para los pacientes diabéticos es indispensable para mejorar su calidad de vida, incrementar factores de protección como son: Ejercicio, dieta adecuada, manejo adecuado del estrés y capacitar a este grupo vulnerable de la población sobre la identificación de los factores de riesgo que pueden afectar a su salud.</p>	
<p>Administrar insulina de acción rápida a razón de:</p>	<p>La insulina se presenta en diversas concentraciones: 40 Unidades, 100 U. y 500 U. Las mas usuales son de 40 y 100 U.</p> <p>La insulina se administra por vía subcutánea.</p> <p>II.- El preparado se presenta como suspensión, debe agitarse suavemente el recipiente para obtener una suspensión uniforme antes de extraer la insulina. Debe rotarse el frasco entre las manos e invertirlo varias veces, nunca agitarse vigorosamente.</p> <p>III.- En ocasiones el</p>	

	paciente requiere la administración de una mezcla de insulina de acción rápida e insulina de acción intermedia.	
--	---	--

NECESIDAD: Comunicación.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Angustia relacionada con el abandono de sus hijos por su ingreso al hospital manifestado por estrés y preocupación.

OBJETIVO:

- Disminuir la angustia de la Sra. Araceli, escuchar sus sentimientos y explicar que pronto volverá a estar con su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de la Sra. Araceli.</p> <p>Indicar a la Sra. Araceli que el estrés y preocupación puede incidir en su estado de salud.</p> <p>Hacerle saber que sus hijas se encuentran bien de salud y asisten a la escuela, su hermana cuida de ellas.</p> <p>Comentarle que pronto volverá a estar con sus hijas y que su estado de salud será el correcto y no se volverá a separar de sus hijas.</p>	<p>El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.</p> <p>El estrés y angustia provocan inmunosupresión y elevan los niveles de glucosa.</p> <p>Saber que las cosas marchan bien, favorece la recuperación mental, física y social.</p>	<p>Disminuyo la angustia de La Sra. Araceli.</p> <p>Se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a estar con su familia.</p> <p>La Sra. Araceli se sintió tranquila al saber que sus hijas se encuentran bien.</p>

NECESIDAD: Trabajar.

Dx. DE ENFERMERIA:

- Falta de remuneración económica relacionado con ausencia de empleo manifestado por ingreso económico bajo.

OBJETIVO:

- Proponer alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de la Sra. Araceli.	La falta de atención en una conversación ocasiona falta de interés por parte de quien expresa sus sentimientos.	Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica a la Sra. Araceli
Orientar sobre las actividades que la Sra. Araceli puede desempeñar en algún trabajo. De acuerdo a el oficio que puede desempeñar.	Lo desconocido ocasiona temor, el conocimiento de lo desconocido crea un sentido de seguridad.	La Sra. Araceli refirió sentirse aceptada y apreciada al ser escuchada.
Indicar las fuentes de bolsa de trabajo como son: periódicos y gente conocida que podría requerir sus servicios domésticos.	El proporcionar ayuda significa un acto de amistad y amor.	Después de la conversación, se elevó su autoestima y se sintió segura de poder desempeñar funciones en actividades domésticas. La Sra. Araceli agradeció la ayuda y prometió acudir a buscar trabajo en los lugares que se le indicaron.

8. PLAN DE ALTA

El plan de alta son todas las indicaciones, recomendaciones que deberá tomar la paciente a su egreso del hospital

Orientación sobre su tratamiento farmacológico que le proporciona el medico.

Orientación sobre hábitos higiénico-dietéticas y cuidados de la herida quirúrgica, información acerca de la de ambulación, la cual favorece el proceso de cicatrización.

Se le informa sobre su retiro de puntos, fecha de la próxima cita y tramites a seguir para la consulta externa, se le entregan solicitudes de laboratorio, rayos x o estudios posteriores.

Recomendaciones en cuanto a la alimentación para personas diabéticas.

Toda sobrealimentación es perjudicial. Son nocivas las preocupaciones, la escasez de movimiento o una actividad corporal extenuante. Cualquier régimen dietético para la diabetes debe ser prescrito por el medico.

En la alimentación, es muy peligrosa la presencia de productos a base de hidratos de carbono (azúcares y sustancias farináceas). En lugar del azúcar pueden emplearse edulcorantes sintéticos (sacarina).

Un defecto en el aporte calórico es preferible a un exceso, especialmente si el diabético es obeso.

Cosas prohibidas

El azúcar, pasteles, golosinas, comidas dulces, miel, jaleas, mermeladas, patatas, harina, vino dulce ni licores. Se recomienda la sal especial de régimen en lugar de la sal común.

Sólo están permitidas las cantidades de hidratos de carbono determinadas por el medico. En la comida deben evitarse las salsas, la harina y las sustancias grasas.

Son muy beneficiosas las sustancias alimenticias con rico poder vitamínico (B1 y C).

En lugar de grasa animal se recomienda aceite vegetal (aceite de oliva) para cocinar - dieta mediterránea -.

Régimen estándar

250 gr. de hidratos de carbono, 60 gr. de grasa y 80 gr. de proteínas.

Lo que puede ser por ejemplo:

Hidratos de carbono: 200 gr. de pan blanco o integral; 200 gr. de patata cocida.

Proteínas: 100 gr. de carne o 200 gr. de pescado ; 30 gr. de queso y un huevo.

Grasas: 60 gr. de mantequilla o de grasa de origen vegetal.

Están permitidas: el agua mineral, café, té, vino puro natural, champán seco, cerveza de régimen, cognac y whisky depurados (cuanto más secos mejor).

Comer diariamente ensalada, especialmente lechuga y pepinos frescos, con vinagre y verduras frescas. Otros alimentos permitidos son la calabaza, setas recientes, espárragos, tomates, judías verdes, berros, col, espinacas y acelgas.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo al Objetivo General

Se Aplico el Proceso de Atención de Enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a una paciente con histerectomía total abdominal y diabetes mellitus del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juárez de México, en el turno vespertino en Febrero del 2007.

En Cuanto A Los Objetivos Específicos:

Se Integraron conocimientos de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Se Integraron conocimientos sobre Diabetes Mellitus.

Se Proporciono una atención de enfermería con calidad y calidez.

Se Proporciono de forma integral cuidados de enfermería a una paciente con histerectomía total abdominal y Diabetes Mellitus

Adquirí la habilidad para realizar diagnósticos de enfermería a través de la detección de necesidades como el establecimiento de prioridades.

Se oriento a la Sra. Araceli y sus familiares sobre técnicas respiratorias favorables y las llevaron acabo.

Se le indico a la Sra. Araceli y sus familiares el cambio de posición y su importancia.

Se observa una mejor respuesta inhalatoria y expiratoria de la Sra. Araceli, al ser más profundas y menos superficial, además disminuyo la frecuencia respiratoria a 18 por minuto.

La Sra. Araceli se encontró en un estado de hidratación después de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.

Se le indico a la Sra. Araceli que alimentos favorecen su adecuado estado de nutrición y favorecen los niveles normales de glucosa sanguínea.

No se valoro correctamente el estado de nutrición, pero se le recomendaron alimentos nutritivos que no alteran los niveles de glucosa.

Se disminuyo el dolor y se favoreció una adecuada nutrición, se disminuyeron las molestias de la Sra. Araceli.

Se mantuvieron los niveles de glucosa dentro de parámetros aceptables para diabetes mellitus 120-170 mg/dl y Se disminuyo la poliuria que presentaba la Sra. Araceli.

Se le proporciono ayuda a la Sra. Araceli en la deambulacion por parte del personal de enfermería y de sus familiares.

Se recomendaron cambios de posición a la Sra. Araceli que favorecieron su descanso y sueño.

Se oriento a la Sra. Araceli y familiares las técnicas por medio de las cuales ella podría conciliar el sueño.

Se disminuyo el umbral de dolor de la Sra. Araceli según referencias de ella y pudo descansar favorablemente.

Se tomo la temperatura y se disminuyo a 36.9° a través de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.

Se trataron los procesos infecciosos a través de la curación de la herida quirúrgica y administración de antibióticos. También se procuro la higiene corporal de la Sra. Araceli y la alimentación.

Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia en el servicio de gineco-obstetricia.

Se proporciono confort y descanso a la Sra. Araceli durante su estancia en el servicio de gineco-obstetricia.

Proporcionarle el baño y ayudarla a realizar su aseo personal, le brinda confianza y lo manifiesta.

La presión sanguínea se elevo a 110-90 mm/Hg después de su estancia en el servicio de ginecoobstetricia.

Los niveles de glucosa se controlaron con su esquema de insulina y dieta para diabético, se mantuvieron en parámetros de 120- 170 Mg./dl.

Disminuyo la angustia de la Sra. Araceli. Se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a estar con su familia. A la Sra. Araceli se sintió tranquila al saber que sus hijas se encuentran bien.

Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica a la Sra. Araceli. La Sra. Araceli refirió sentirse aceptada y apreciada al ser escuchada.

Después de la conversación, se elevo su autoestima y se sintió segura de poder desempeñar funciones en actividades domésticas. La Sra. Araceli agradeció la ayuda y prometió acudir a buscar trabajo en los lugares que se le indicaron.

10. ANEXOS

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha:

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Religión:

Escolaridad:

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

Padecimiento actual

Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes Patológicos No Personales

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Personales Patológicos

Signos Vitales

Exploración Física

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: ____ Sexo: ____ Edad: _____ Peso: ____ Talla: ____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Procedencia: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Fuente: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

OXIGENACION

Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? ____

¿ Fumaba usted antes de su embarazo ? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores ? SI _____ NO _____

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Siempre _____ Ocasionalmente _____

Nunca _____

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital ?

SI _____ NO _____

¿Cuál ? _____

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. _____ Frec: Cardíaca _____ T.A. _____

Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación de retorno venoso: _____

NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: _____

¿ Come a horas regulares ? SI _____ NO _____

Si la respuesta es Si precise: _____

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI _____ NO _____

¿ De que tipo ? _____

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? _____

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución ? _____

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? _____

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI _____ NO _____ A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿ Con que frecuencia ? _____

¿ Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia ? _____

¿ Qué cantidad de líquidos ? _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

¿ Turgencia de la piel ? _____

Membranas mucosas: Hidratadas _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____

Cabello: _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes: _____

Aspecto de encías: _____

Heridas: Tipo _____ Localización _____

ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____

¿ Toma usted algún laxante ? SI _____ NO _____

¿Cuál ? _____

Orina: Normal _____ Con dolor _____

Menstruación frecuencia _____ Duración _____

Historia de hemorragias: _____

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI _____ NO _____

¿ Se siente molesta a causa de una sudoración abundante ?

SI _____ NO _____

¿ Por secreciones vaginales ?

SI _____ NO _____

¿ Conoce usted las características del sangrado en el puerperio ?

SI _____ NO _____

¿ Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado ?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen: características: _____

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____

Genitales: _____

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: _____

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI _____ NO _____

¿ Práctica ejercicio prenatales ? SI _____ NO _____

¿ Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____

¿ Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento: _____

Estado emocional: _____

DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

¿ Padece insomnio ? _____

¿ A que considera que se debe ? _____

¿ Siente cansancio al levantarse ? _____

¿ En que forma se manifiesta ? _____

¿ Utiliza técnicas de relajación ? _____

¿ Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto ?

¿ Por cuánto tiempo? _____

¿ En que actividades le ayudará? _____

¿ Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé ? _____

Objetivo

Estado: Ansiedad _____ Estrés _____

Lenguaje: Claro _____ Respuesta a estímulos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ? _____

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: _____

Calcetas _____ Abrigo _____

¿ Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir ?

Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ? SI _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente _____

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI _____ NO _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ NO _____

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar _____

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____

Parcial _____ Completa _____

¿ Fecha de la última visita al dentista ? _____

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____

Después de ir al baño _____

¿ Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿ Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Alitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Presencia lesiones dérmicas: _____

Cambios tegumentarios propios del embarazo: _____

NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI _____ NO _____ A otras sustancias _____

Especifique _____

¿ Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

¿ Llevo control prenatal ? SI _____ NO _____

¿Cuántas consultas? _____

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI _____ NO _____

¿ Sabe por que es importante que la revisen ? SI _____ NO _____

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI _____ NO _____

¿ Y en su pareja ? _____

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila _____ Se estresa _____ Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿ Busca una solución inmediata ? _____

Objetivo:

¿ Deformidades congénitas ? _____

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? _____

¿ Condiciones de su ambiente laboral ? _____

NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación _____

Vive con: _____

Preocupaciones actuales: _____

Rol en la estructura familiar: _____

¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ? _____

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? _____

¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ? _____

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? _____

Objetivo:

Habla claro: SI _____ NO _____

¿ Ve usted bien ? SI _____ NO _____

¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI _____ NO _____

¿ Escucha bien ? SI _____ NO _____

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI _____ NO _____

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en su familia _____

Principales valores en su persona: _____

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? _____

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): ____

¿ Permite el contacto físico ? _____

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? SI _____ NO _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? _____

¿ Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI _____ NO _____ ¿ Por qué? _____

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? _____

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: _____

Otros: _____

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? _____

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? _____

¿ De que tipo? _____

¿ Forma parte de alguna sociedad: Deportiva _____ Cultural _____

Profesional _____

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas? _____

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? _____

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? ____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: _____

Memoria reciente: _____

Otras manifestaciones: _____

11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Iyer Patricia, W. Et. Al. Proceso De Enfermería Y Diagnóstico De Enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, P.1
2. B.C. Long/ W.S. Phipp. “Enfermería Medicoquirúrgica”. 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.
3. “Enciclopedia De La Enfermería “. Volumen I. Pág. 3-4.
4. García Albarrán Y Mata Cortes. “El Proceso Atención De Enfermería”. Antología UNAM. Enero, 1996. Pág. 26-28.
5. Enciclopedia De La Enfermería. Volumen I. Pág. 4.
6. Carpenito, Manuel. “Manual De Diagnostico De Enfermería”. 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993. Pág. 9-11.
7. García. Ma. De Jesús. “El Proceso De Enfermería Y El Modelo De Virginia Henderson”. Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.
8. Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención De Enfermería. Estudio De Casos. Ediciones Científicas Y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª Edición. 1993. Pag. 42-43.
9. Alfaro, Rosalinda, “Aplicación Del Proceso De Enfermería”. Segunda Edición, Doyma,. S.A. Barcelona, España. 1992. Pág. 6.
10. Dr. Mario Rodríguez Pinto, Páncreas, Anatomía Fisiología E Higiene, Editorial Progreso S.A. México D.F. 8ª Edición, (Pagina 161).
11. E.T. Catherine Parker Anthony Y Norma Jane Kolthoff, "Anatomía Y Fisiología", Editorial Interamericana, Edición 9ª, México D.F. (Pagina 287).
12. 287).
13. Dr. Mario Madrazo Navarro, Diabetes Mellitus, "Guía Técnica General Para La Vigilancia, Prevención Y Control De La Diabetes Mellitus" Editado Por El I.M.S.S. 1999 México D.F. (Pagina 18).
14. Fuente IMSS, Coordinación De La Salud Comunitaria, Manual De Procedimientos De Educación Para La Salud, 1998.
15. Instructivo De Operación Para Los Servicios De Enfermería En Medicina Familiar, Imss Subdireccion General Medica Jefatura De Servicios De Medicina, Octubre 1998.
16. Velasco Murillo Vitelio, Et Al, “Mortalidad Materna Por Preeclampsia-Eclampsia En El IMSS, 1987-1996”, En: Revista Médica N° 6, Vol. 35, Noviembre-Diciembre 1997. Pp 452
17. INEGI-2000(Total De Defunciones Imss Registradas Por INEGI).
18. SISMOR-2000 (Defunciones Registradas En Unidades Médicas Del IMSS).
19. División De Informática Y Desarrollo Coordinación De Salud Comunitaria, SISMOR 2000.
20. Estadísticas De Mortalidad Relacionadas Con La Salud Reproductiva, México 1997.
21. Organización Panamericana De La Salud, “La Salud Del Niño”. En: La Salud De Las Americas, Vol. 1, Edición 1998, Pp 65.

22. Organización Panamericana De La Salud, “Esperanza De Vida Al Nacer”, En: La Salud En Las Américas, Volumen 1, Edición 1998.
23. Proyecciones De La Población De México, 2000-2050 Conapo 2002
24. Ortega Gutiérrez Armando. “Indicadores De Salud Materno Infantil”. ENEO/UNAM, México, Julio 1999 (Ensayo).
25. Rubio Domínguez Severino Y López Barrientos Martín “Evaluación Del Riesgo Perinatal, Instrumentos Y Criterios De La Enfermera Profesional” ”, ENEO/UNAM, México, Febrero, 2001 (Ensayo).
26. Análisis De Salud, Situación General De Salud Y Sus Tendencias, México 1999
27. SSA/ Dirección General De Información, A Partir Del Xii Censo De Población Y Vivienda. INEGI 2000.
28. Félix Ramírez Alonso, Anatomía del aparato Genital Femenino, En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Manual moderno, primera edición, México D.F. 2002.
29. Félix Ramírez Alonso, La histerectomía en Obstetricia, cesárea e histerectomía, En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Manual moderno, primera edición, México D.F. 2002.