

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERIA
CUIDADOS A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE
SEXUALIDAD RELACIONADA A MIOMATOSIS UTERINA**

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

BELEM REYES ALVARADO.

NUMERO DE CUENTA: 9259934-1

DIRECTORA DEL TRABAJO: MCE. SARA ESTHER TELLEZ ORTIZ.

AGOSTO 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.

Dedicatoria:

A mis padres por haberme dado la belleza de la vida.

A Gustavo y Aisha
Por enseñarme a amar la vida.

A mis hermanas
Por su apoyo incondicional.

A la maestra Shara Ester Téllez Ortiz
Por acompañarme en esta aventura.

A las personas
Con quien he compartido la experiencia de ser enfermera.

“HAY QUE RESALTAR LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA SALUD DE LA MUJER, SEPARANDO PREJUICIOS SOCIALES, FUNDANDO UNA CULTURA DE PREVENCIÓN “

(Hompson, Rock. 1998.)

INDICE

Introducción	5.
1.-. Objetivos	6.
1.1 Objetivo General	6.
1.2 Objetivos Específicos	6.
2.- Metodología	7.
3.- Marco Teórico	8.
3.1 Concepción de la Enfermería	8.
3.2 Modelo de Virginia Henderson	13.
3.3 Proceso de Enfermería	18.
3.4 Sexualidad del Adulto	19.
3.5 Sexualidad Femenina	22.
4.- Reporte del Caso Clínico Aplicando el PAE	24.
4.1 Periodo perioperatorio	24.
Etapa 1.- Valoración clínica de enfermería	24.
Etapa 2.- Jerarquización de necesidades y problemas	30.
Etapa 3.- Plan de cuidados de enfermería prequirúrgicos	32.
4.2 Periodo posquirúrgico	37.
Etapa 1.- Valoración clínica de enfermería	37.
Etapa 2.- Jerarquización de necesidades y problemas	41.
Etapa 3.- Plan de cuidados de enfermería prequirúrgicos	41.
5.- Plan de Alta	48.
Conclusiones	50.
Bibliografía	51.
Anexos	53.

INTRODUCCIÓN.

El quehacer de la enfermería se caracteriza por su íntima relación con la persona a quien se le proporcionan cuidados, en la práctica hospitalaria es común que se pierdan los principios que son base del quehacer profesional de enfermería.

Los cuidados están orientados a compensar, reforzar, comunicar y desarrollar las capacidades de vida con una relación humana entre la persona y la enfermera.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería nos permite, realizar nuestro quehacer profesional; llevando a la cotidianidad de la práctica hospitalaria los cuidados, reconociendo su valor social, las repercusiones psicológicas, culturales y económicas. Estableciendo una relación con la persona cuidada, que nos permita: conocer su entorno, sus necesidades, establecer prioridades, identificar el tipo de cuidado que hay que proporcionar; movilizar recursos y evaluar los resultados para mejorar, facilitar y fomentar la salud.

El profesional de enfermería centra su objeto de estudio en el cuidado, mismo que posee una base científica y humanística, que le permite dar a sus acciones un carácter único e independiente dentro del equipo médico para la aplicación del cuidado de enfermería, se cuenta con el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta que le da soporte a su quehacer profesional.

Los avances de la Cirugía de Invasión Mínima involucra a la enfermería, como los profesionales de los cuidados que en la practica cotidiana que son desafiadas a reconocer, valorar y realizar acciones; profundizando principalmente sus fundamentos teóricos y metodológicos con un pensamiento crítico y reflexivo que le permitan llevar a la práctica diaria el conocimiento del cuidado considerando a la persona, el ambiente, la salud y al profesional.

Es por esto que se ha realizado el presente trabajo de intervención; tomando en cuenta los supuestos teórico-metodológicos de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería aplicados a una mujer, adulto joven, con alteración de los patrones de sexualidad relacionado con miomatosis uterina, en quien se realizó miomectomía histeroscòpica, como medida terapéutica para un próximo embarazo en la Unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal.

Resaltando “la importancia de cuidar la salud de la mujer, dejando atrás los prejuicios sociales, fundando una cultura de prevención”.

1.- OBJETIVOS.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería en una mujer joven con alteración de los patrones de sexualidad relacionada con miomatosis uterina.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Aplicar el plan de cuidados basado en las necesidades detectadas, en el Proceso Atención Enfermería a una mujer joven que es sometida a miomectomía en los periodos preoperatorio y postoperatorio (inmediato y mediato) y alta de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal.

2.- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería en la aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería a una mujer joven que es sometida a miomectomía en el periodo preoperatorio y postoperatorio (inmediato y mediato) y alta de la unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal.

2. METODOLOGÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería se realiza a una persona adulto joven sometido a miomectomía histeroscòpica en los periodos preoperatorio y postoperatorio, en la Unidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal.

La valoración clínica de enfermería, se realizó al ingreso de la persona a la unidad, estableciendo una comunicación e interacción que permitió un ambiente de confianza, por medio de la entrevista formal encaminada a la presentación como personal asignado al servicio, solicitando su autorización y cooperación para la realización del Proceso Atención de Enfermería, se recopilaron los datos personales, antecedentes de salud, los conocimientos previos y expectativas que tiene la persona sobre la miomectomía, los temores, sentimientos, perspectivas acerca de su sexualidad, objetivos personales, proporcionándose la información que permitió aclarar dudas, dar un panorama sobre los periodos preoperatorio y postoperatorio, los procedimientos que se realizarían durante su estancia hospitalaria, dejando abierta la comunicación para aclarar cualquier duda o inquietud que se presentara.

Se presentan las etapas del Proceso de Enfermería, Valoración Clínica de Enfermería (García G. Pág. 22-28), Diagnósticos de Enfermería utilizándose la Taxonomía de la NANDA, Cuadro de Conclusión Diagnóstica, Plan de cuidados (intervenciones de enfermería), en los periodos preoperatorio y postoperatorio, considerando un tercer tiempo la elaboración del plan de alta.

Se realizo una revisión bibliografía que sirvió de apoyo para la realización del proceso.

3. MARCO TEÒRICO.

3.1 CONCEPCIÒN DE LA ENFERMERÌA

Para llegar a establecer una concepci3n de la enfermerÌa, debemos considerar, su proceso evolutivo y los momentos hist3ricos que ha experimentado.

En el inicio de los primeros postulados cientÌficos de enfermerÌa, mencionan a Florencia Nightingale, quien consider3 la enfermerÌa como una vocaci3n para ser realizada solo por mujeres, (lo que no excluy3 su car3cter religioso), altamente normativo fueron, en cierto modo la base l3gica de su filosofÌa de enfermerÌa, centrándose en el paciente m3s que en la enfermedad; asÌ como la importancia de la higiene del medio y el entorno; asÌ mismo, inici3 la separaci3n de las escuelas de enfermerÌa de los hospitales.

La primera definici3n de enfermerÌa la hizo Nightingale en 1859 como "Aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que enfermerÌa tiene que hacer... es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él" (Iyers, 1993: 4).

Las directrices que marcaron los cuidados posteriores, fueron con una carga de ciertos conocimientos sencillos, sentido com3n, normas, t3cnicas, reglas pr3cticas, ordenes m3dicas que se siguieran al pie de la letra.

En el siglo XX, se fue gestando un cambio en el pensamiento enfermero, que lo llev3 a la búsqueda de un conocimiento propio de enfermerÌa, retomando su sentido humanÌstico, el inicio de un trabajo m3s estructurado en la docencia, la investigaci3n, asÌ como la paulatina incorporaci3n de conceptos filos3ficos con los que se fue formando la base conceptual y fundamental de la enfermerÌa, de este proceso de delimitaci3n; del ser y del quehacer enfermero, como distinto al m3dico. EnfermerÌa es hoy una disciplina, que incorpora su eje central a la persona, el entorno, la enfermerÌa, los cuidados.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la enfermerÌa. En 1960 escribi3, "La funci3n propia de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en el desempe±o de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperaci3n (o a muerte digna), que él llevarÌa acabo sin ayuda, si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, y de hacerlo de tal forma que le ayude a adquirir independencia tan r3pido como sea posible (Dossier, 1999: 4)

Rogers (1970) describe la enfermerÌa como un arte y una ciencia... posteriormente identifica la existencia de una base 3nica de conocimientos "que surgen de la investigaci3n y del an3lisis l3gico, y que es capaz de trasladarse a la pr3ctica de enfermerÌa" (Iyers, 1993: 6).

La concepci3n de la enfermerÌa ha sido el centro de inter3s, para la compresi3n de la esencia de la disciplina enfermera, describe que se refiere a la esencia, al coraz3n, al alma, o sea el cuidado, la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacci3n continua con su entorno, vive experiencias de salud (K3rouac, 1996: 63).

Por experiencias de salud, entendemos las situaciones vividas con relación al crecimiento, al desarrollo y a las situaciones problemáticas, incluyendo la enfermedad (Kérouac, op. Cit.).

Bases Conceptuales de Enfermería.

Como una profesión en continua evolución, la enfermería está implicada en la identificación de su propia base de conocimientos sin ignorar los aspectos humanísticos que están implícitos en el ejercicio de la Enfermería como profesionales de los cuidados al ser humano. Dichos conceptos son tomados de las ciencias humanísticas e integrados a las teorías y modelos de enfermería, ya que en cualquier teoría que se analice se podrá identificar un sistema de valores, creencias, una búsqueda de conocimientos que son tomados de la filosofía que abarca a su vez, tres aspectos: (1) comprender las razones y las relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente, (2) enfocar la enfermería como una disciplina científica y (3) elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso (Leddy, 1998: 128).

Componentes de la Enfermería.

Entre los componentes que explican a la enfermería como disciplina están: Metaparadigmas, Teorías, Modelos y Proceso de Enfermería (Leddy, 1998: 133).

El Metaparadigma es el componente mas abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarnos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio, de tal forma que no abarque los objetos de estudio de otras disciplinas, el Metaparadigma no incluye creencias, valores individuales y particulares de la cultura o grupos.

El Metaparadigma de la enfermería se constituye por cuatro conceptos principales: Persona, Ambiente, salud y enfermería.

Persona: Es la unidad esencial humana de cuerpo y espíritu como ser individual, al hablar de la persona se deben de considerar los siguientes aspectos:

Es una unidad indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, social y económica).

El cuerpo es el objeto material que le permite la mediación entre su naturaleza y la cultura.

El conocimiento posibilita y orienta la autorrealización en el cual se concreta libertad y acción de la persona.

Entorno: Es el medio interno y externo que afecta al paciente, esto incluye a las personas de su entorno físico, como familiares, amigos y otras personas influyentes.

Salud: No puede ser definida ni universal ni estática, ya que es la armoniosa interacción entre la persona y el entorno, la salud es una dimensión que se crea y se vive, en el marco de la vida cotidiana, es el principio y motor de la vida, no puede ser absoluta porque es

inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad el cual es esencialmente variable, debido a la actividad del hombre.

En la concepción de la salud, hay que considerar los siguientes componentes: un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psicoecológico-social (adaptación biológica, mental y social de la persona) (San Martín, 1998: 13).

Los conceptos cuidado (Enfermería), persona, salud sin ser específicos de la disciplina enfermería, forman ante todo una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar. Sin embargo, estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución particular de la enfermera en los cuidados de la salud (Adam, 1991: 85).

Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos, estas concepciones son la forma de concebir el servicio específico de las enfermeras prestan a la sociedad, de hecho, delimitar el área de responsabilidad de las enfermeras (Fawcett, 1989: 76). Cuando una concepción es completa y explícita se denomina "Modelo conceptual" para la profesión de enfermería. Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos: los postulados y los valores subyacentes a la disciplina; la meta ideal y delimitada del servicio enfermero; el rol del profesional; la manera de ver al beneficiario; la fuente de la dificultad del beneficiario; la orientación de las intervenciones de enfermería y las consecuencias esperadas (Kérouac, 1996: 24).

Teoría: Conjunto de conocimientos que dan explicación completa de un cierto orden de hechos. Una teoría al igual que un modelo conceptual, está hecha de conceptos y proposiciones, su propósito principal es generar conocimientos en su campo.

Aunque se espera que en el trabajo diario las enfermeras evalúen las condiciones de las personas que se hayan bajo su cuidado, usualmente dedican poco pensamiento a la evaluación de la solidez de la teoría y conocimiento que guían su acción.

Nuestra concepción del mundo que nos rodea se basa en el uso de conceptos, hipótesis y teorías. Las Enfermeras (os) como integrantes del equipo de salud, aplican y utilizan el conocimiento generado de teorías.

Modelo: Es el modelo de algo que hay que hacer, un marco de estructura básica que soporta cualquier cosa, un marco conceptual es un conjunto de conceptos y enunciados que integran los conceptos y enunciados en una configuración significativa.

Un paradigma es definido habitualmente como un modelo o patrón, los modelos de enfermería son representaciones de la realidad de la práctica de enfermería, representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Suposiciones, enunciados de hechos (premisas) o presunciones que las personas aceptan como la base subyacente para las conceptualizaciones de enfermería.

Los modelos conceptuales sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros, orientar la practica enfermera proporcionándole una descripción, ofrece una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que le servirán para su práctica.

Según sus bases filosóficas y científica, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber: escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona y las escuelas del ser unitario y del caring, caracterizadas por una apertura hacia el mundo (Kossier, 1988: 50,51).

Escuelas de las necesidades.

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales (Henderson 1964), o en la capacidad de llevar acabo su autocuidado (Orem. 1991). La enfermera reemplaza a la persona que durante un tiempo no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con la salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia o en la realización de su autocuidado.

La jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erickson han influenciado esta escuela, así la persona es percibida con necesidades jerárquicas.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorotea Orem y Fay Abdellah (Kossier, 1988: 28).

Escuela de la interacción.

Según Meleis (1991), la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el ¿Qué? Y el ¿Cómo?, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros, consideran que el objetivo del cuidado enfermero consiste en establecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en conservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Jonson, Lydia Hall, Myra Levine, Calista Roy y Betty Newman. (Kossier, B.1988 Pág. 28)

Escuela de la promoción de la salud.

La escuela de la promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centradas sobre el ¿Qué? De los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en como lograrlos y también por cual es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿A quien van dirigidos los cuidados enfermeros? Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera orientada hacia la promoción de la salud de la familia; se trata de Moyra Allen (Kossier, 1988: 28,29).

Escuela del ser unitario.

La escuela del ser unitario se sitúa en el contexto de orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quien van dirigidos los cuidados enfermeros?

Desde 1970, Martha Roger presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad, de hecho Roger propone una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos, de teoría de la física y de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy (1968).

Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado. Sin embargo Royer (1983) evita el concepto de holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él, prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser unitario.

Otras teorizadoras se han unido a esta ciencia y han añadido otras fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología se trata de Margaret Newman y de Rosemarie Rizzo Parse (Kossier, 1988: 28,29).

Escuela del Caring (cuidado).

Durante los últimos veinte años el concepto de cuidado (caring) hay sido centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wruber (1989) sugiere que una práctica enfermera basada sobre la prioridad del cuidado (caring), reemplaza aquella en la que el enfoque comprende: la promoción, la prevención y la restauración de la salud, a su vez Watson (1985) propone que las enfermeras crean un ideal de caring que sea a la vez humanístico y científico.

Según Benner y Wruber (1989), el cuidado (caring) está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo; descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro en la persona. Cuidar (caring) también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas (Leininger, 1988: 84).

3.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson, inspirándose en el Phénoméné Humain de Teilhard de Chardin, se refiere a los elementos universales que constituyen la vida de los seres vivos, pero en un grado de complejidad creciente. Se pregunta por las actividades indispensables de la vida cotidiana, a las que los cuidados deben suplir cuando una persona ya no puede administrarlos por sí misma. Cómo los cuidados de enfermería se prestan en los diferentes medios de vida ella introduce “El principio de su origen de las necesidades del ser humano” (Colliere, 1998: 214).

El marco o modelo conceptual en el que se encuentra encuadrado el contexto de este trabajo es el de las necesidades fundamentales tal como las define Virginia Henderson. Quien destaca la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales, la organización conceptual que lo caracteriza, nos conduce igualmente a la definición de la noción de persona, el rol del cuidador y el objeto de los cuidados de enfermería.

Definición de los conceptos claves de este modelo.

El individuo sano o enfermo, es considerado como un todo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe de satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en preservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades, su rol, por tanto, es el de suplencia.

POSTULADOS

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma parte de un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “Completo”, “Entero”, “Independiente”.

VALORES

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar

Necesidad fundamental.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades fundamentales y componentes biopsico-sociales, culturales y espirituales.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define catorce necesidades:

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y reposar
6. Vestirse y desvestirse- seleccionar ropas adecuadas
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales
8. Mantener el cuerpo limpio y proteger tegumentos
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con sus semejantes, desarrollar como ser humano y asumir su sexualidad
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores
12. Preocuparse de su propia realización y conservar su propia autoestima
13. Recrearse
14. Aprender

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos en estado de equilibrio.

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico, el paciente debe de alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo, por ejemplo: el niño), es independiente.

Si por causa de otra dificultad, el paciente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo, acciones adecuadas que le permiten alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades se convierte en dependiente.

Manifestaciones de dependencia.

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son, en sí mismo, una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

La dependencia se instala en el momento en el que el paciente debe recurrir a otro para que lo asista, le enseñe lo que debe de hacer, o lo supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Con el fin de facilitar esta evaluación, se puede dividir en seis niveles entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos niveles se anuncian así:

1. El paciente es independiente si responde el mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permita la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza- sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato de apoyo o prótesis (bastón, andador, muletas, bolsas de ostomías, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y de este modo lograr satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe de recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer y para controlar si lo hace bien; si debe de ser ayudado, aunque sea un poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando con otra persona, es asistida para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar de estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe de ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

Tipos de dependencia y niveles de prevención.

La dependencia se manifiesta en la persona por medio de cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia, puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo, que deben ser considerados bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria. Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentar un problema, habrá de considerar la dependencia como potencial y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Sin embargo cuando está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia actual y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Por otra parte, cuando el paciente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente y el rol de la enfermera, en este momento consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones

subsisten ciertas limitaciones, si a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento permanente o crónica.

Fuente de dificultad.

Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- Factores de orden físico
- Factores de orden psicológico
- Factores de orden sociológico
- Factores que tienen repercusiones de orden espiritual
- Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos

Factores de orden físico.

Las fuentes de orden físico comprenden cualquier impedimento físico de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpecen las satisfacciones de una o varias necesidades fundamentales.

Las fuentes de orden intrínseca de dificultad provienen del propio sujeto, es decir, que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Las fuentes de orden extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que en contacto con el ser humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un problema para el sujeto.

Factores de dificultad de orden psicológico.

Las fuentes de orden psicológico comprenden los sentimientos y las emociones o en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales. Conciernen al "Cotidiano intelecto", a los trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de evolución de la personalidad, estado de adaptación de la enfermedad y ciertas situaciones de crisis.

Fuentes de orden sociológico.

Las fuentes de dificultad sociológico comprenden, problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversión; en resumen problemas ligados a su inserción en la comunidad.

Estas fuentes de dificultad están vinculadas al plano relacional y cultural, plano económico y ambiental.

Fuentes de dificultad que tienen repercusiones de orden espiritual.

Engloban todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores cualquiera que estos sean, puede tratarse de una rebelión interna del sujeto contra su situación o de una interrogante religioso o filosófico que se les plantea en relación con el sentido de la vida, del valor o de la muerte.

Fuentes de dificultad vinculadas a una insuficiencia de conocimientos.

El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar o del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

Conocimiento de sí mismo.

Conocimiento de sí mismo debe referirse a determinadas zonas del campo de la experiencia del individuo, que ha de diferenciar y reconocer como características definidas y estables de sí mismo.

Conocimiento de la salud y enfermedad.

Debe de estar informado sobre medios de prevención de los problemas de salud, sobre la afección que sufre y sobre ciertas implicaciones de su tratamiento.

Conocimiento de los otros.

La comprensión de sus necesidades físicas, psicológicas y sociológicas, de las situaciones en que viven los otros y de sus problemas de salud, en ciertos casos, es absolutamente necesario.

Conocimiento del medio.

El conocimiento del medio físico y social en el que se desenvuelva el cliente es también necesario para la preservación de su salud y para solucionar determinados problemas físicos y psicológicos.

Focos de intervención de enfermería.

La intervención de enfermería debe centrarse directamente en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella.

Defiende la comprensión por empatía y sostiene que la enfermera tiene que "Meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de saber que necesita". Henderson sostiene que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se superponen. Dice que la enfermera trabaja en una relación interdependiente con otros profesionales de la salud, con los trozos de un pastel. Las proporciones del pastel varían de acuerdo con las necesidades del

paciente. La meta es que el paciente represente la porción más grande del pastel e ir recuperando su independencia (Phaneuf, 1993: 14- 48).

3.3 PROCESO DE ENFERMERIA

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud (Alfaro, 1996: 33).

Objetivo

Identificar las necesidades reales y potenciales, establecer planes para resolver las necesidades y actuar en forma específica (Dossier, 1999: 33).

Propósito

El principal propósito del proceso de enfermería es proporcionar un marco conceptual dentro del cual se pueda satisfacer las necesidades individualizadas del cliente, familia y comunidad; implica una relación interaccional cliente paciente, siendo el cliente en el centro.

Organización

El proceso esta organizado en cinco etapas identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Valoración:** Es la primer fase del proceso de enfermería, sus actividades están centradas en la recolección de información del paciente, al sistema persona/ familia o a la comunidad, con el propósito de identificar necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. Los datos se obtienen en forma sistematizada utilizando la entrevista o anamnesis de enfermería, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes.
- **Diagnóstico:** Durante esta fase, los datos recogidos durante la valoración son analizados e interpretados en forma crítica, se extraen conclusiones en cuanto a necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas. Se identifican los diagnósticos de enfermería, proporcionando un foco central para las restantes fases, basándose en los diagnósticos de enfermería, se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método eficaz de comunicación de los problemas de la persona.
- **Planificación:** En la fase de planificación se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planeación consta de varias etapas:

1. Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
 2. Fijar con el paciente los resultados para corregir, deducir o impedir los problemas.
 3. Describir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
 4. Registro en el plan de cuidados, de los diagnósticos, intervenciones de enfermería en forma organizada y resultados.
- **Ejecución:** Es el inicio y determinación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación, implica la comunicación del plan a todas aquellas personas que participen en los cuidados del paciente. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por los miembros del equipo de salud, la persona y sus familiares. El plan de cuidados se utiliza en forma orientativa, la enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del paciente y su relación con el entorno. La ejecución incluye también la anotación en los documentos apropiados de los cuidados prestados al paciente, pudiéndose utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan.
 - **Evaluación:** La última fase del proceso enfermero es la evaluación, es un proceso continuo que determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el progreso de la persona, establece las medidas correctoras si es necesario y revisa el plan de cuidado de enfermería.

3.4 SEXUALIDAD DEL ADULTO.

Cuando se ha remontado la etapa adolescente se arriba un periodo caracterizado por crisis, retos y oportunidades.

Los años de la adultez son una prueba de la capacidad humana para establecer un estilo de vida independiente, así como decidir entre las alternativas que se presentan a lo largo de esta etapa, la más prolongada de la vida humana.

Eric Ericsson (1968) es citado en la bibliografía al respecto de la etapa adulta como el autor que ha definido los retos básicos para llegar a la realización de la adultez; al establecer el desarrollo de la intimidad vs. soledad, de la generatividad vs. estancamiento e integridad del yo vs. desesperación.

David Levinson (1978) Propone un modelo de desarrollo adulto en que alternan periodos de relativa estabilidad, en los cuales se forman y establecen patrones de vida junto con periodos de crisis en que dichos patrones son modificados.

17 – 22 años Transición del adulto joven
22 – 28 años Entrada al mundo adulto
28 – 33 años Transición de la “etapa de los treinta”

33 – 40 años Asentamiento

40 – 45 años Transición de la etapa mediana

Después de los 50 años adultez mediana o tardía

Levinson (1978), Rice (1986) , Worchel y Goethals (1985) y Jonson (1987).

PERIODOS DEL DESARROLLO EN LA ADULTEZ TEMPRANA Y LA
EDAD MEDIANA DEL ADULTO

		Adultez tardía
65	Transición de la adultez tardía	
60	Culminación de la adultez mediana	Edad
55	Transición de los cincuenta	mediana
		del
50	Entrada a la "edad media"	adulto
45	Transición de la "edad mediana"	
40	Asentamiento	
33	Transición de la "etapa de los treinta"	
28	Entrada al mundo adulto	Adultez temprana
22	Transición del adulto joven	
17	Infancia y adolescencia	

D.J. Levinson (1978) en Rice, Ph. (1986) Adult development and aging. Allyn Bacon Inc.

17 – 22 años

Transición del adulto joven, se caracteriza por el trazo del "sueño" del adulto que uno quiere llegar a ser.

22 – 28 años

Entrada al mundo adulto, en este periodo se conforma la estructura adulta provisional y se toman decisiones de estilo de vida y de conformación del propio "sueño".

28 – 33 años

Transición de la "etapa de los treinta" se modifica de la etapa anterior, al revisar las elecciones iniciales e incorporar, lo que es importante y se ha dejado de lado, se cuestiona el sentido de la vida propia.

33 – 40 años

Asentamiento, aparece "la crisis de la edad mediana" y el establecimiento del "propio proyecto".

40 – 45 años

Transición de la etapa mediana, surge la pregunta ¿Qué he obtenido? Se presenta la última oportunidad de modificar la estructura y de adicionar aquello que se considera importante y que no ha sido incorporado.

Los papeles de género, en la adultez, determinan la conducta y el marco normativo de lo que se considera adecuado para ser “mujer”, los papeles de género influyen de manera definitiva la conducta sexual y el estilo de relación con el mundo del otro género.

El amor es uno de los ejes fundamentales de la vida adulta, el amor puede cimentar una sexualidad como elemento positivo. La intimidad es un reto a lograr en la adultez, venciendo la desconfianza y la ambivalencia en las relaciones amorosas.

Las relaciones sexuales, en la pareja evolucionan y tienen periodos de crisis y de plenitud, como la vida misma, la comunicación, la honradez y la consideración permitirán aumentar el crecimiento de la pareja.

Las funciones de la sexualidad aunque no privativas de la edad adulta, si tienen su manifestación mayoritaria en esta etapa de la vida, es responsabilidad del adulto su propia sexualidad y el enriquecimiento y profundización de la misma, la comunicación sincera de los sentimientos positivos y negativos acerca de la sexualidad conducirá aun mejor autoconocimiento y a una relación de pareja más auténtica.

El tener o no tener hijos es otra de las decisiones cruciales de la adultez, ya que el tomar una u otra opción modifica el estilo de vida.

La reproductividad puede problematizarse en dos sentidos; porque no es posible cuando es deseable, y porque es una realidad cuando no es deseable.

La sexualidad no es nada, lo que hagamos de ella puede ser lo mas sublime o lo mas degradante, lo más placentero o displacentero, fuente de amor y hostilidad, motivo de intimidad y de aislamiento, razón de desarrollo o limitación (D. Pérez, 1998:733-760).

En el amor sólo se posee lo que se da.
Leonardo Boff.

3.5 SEXUALIDAD FEMENINA.

La sexualidad humana tiene tres funciones: la erótica, la reproductiva y la comunicativa, la función reproductiva de la sexualidad humana es la más antigua desde el punto de vista filogenético, y constituye una actividad que le es común a todos los seres vivos. La reproducción tiene como función biológica perpetuar la especie en el tiempo. Esta función puede verse alterada por múltiples causas, tanto en el hombre como en la mujer, sin afectar otros aspectos de la sexualidad.

La sexualidad y función sexual son partes de la salud y el bienestar global de la mujer, en la población general son frecuentes las preocupaciones sexuales y la disfunción sexual, según los resultados de varias encuestas recientes, cerca del 60% de las mujeres interrogadas tenían preocupaciones sobre su sexualidad. Una tercera parte de las mujeres carecían de interés por el sexo, 20% dijeron que la relación sexual no era placentera, 15% experimentaban dolor en el coito, hasta 50% experimentaban dificultades para excitarse, 50% tenían dificultades para lograr el orgasmo y hasta 25% eran incapaces de alcanzarlo (Mahlstedt, 1985: 10).

El ciclo de la reacción sexual en la mujer es mediado por una interacción compleja de factores psicológicos, ambientales y fisiológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos). La fase inicial del ciclo de la reacción sexual es el deseo, seguido por cuatro fases sucesivas descritas originalmente por Masters y Jonson, excitación, meseta, orgasmo y resolución.

- Fase de deseo: El deseo sexual es la motivación y la inclinación a la actividad sexual, es un “estado de sensaciones objetivas” que se pueden desencadenar mediante indicios sexuales tanto internos (fantasías) como externos (compañero interesado), el deseo se ve influido por orientación sexual, preferencias, estado mental psicológico y situación ambiental.
- Fase de excitación: La fase de excitación es mediada por el sistema nervioso parasimpático, y se caracteriza por sensaciones eróticas y aparición de lubricación de la vagina.
- Fase de meseta: Durante la fase de meseta se intensifica la tensión sexual y las sensaciones eróticas, y la vasocongestión alcanza su intensidad máxima.
- Fase orgásmica: El orgasmo es una reacción miotónica mediada por el sistema nervioso simpático, se experimenta como descarga repentina de la tensión que se ha acumulado durante las etapas de excitación y meseta. El orgasmo es la más intensamente placentera de las sensaciones sexuales.
- Fase de resolución: Después de la descarga repentina de la tensión sexual producida por el orgasmo, las mujeres experimentan una sensación de relajación y bienestar.

Es amplia la variabilidad de la manera en la que reaccionan las mujeres desde el punto de vista sexual, y cada fase se puede ver afectada por envejecimiento, enfermedad, medicación, alcohol, sustancias ilícitas y factores de la relación.

Las enfermedades tanto agudas como crónicas pueden ocasionar depresión, deformación de la imagen corporal, malestar físico y trastornos de la integridad hormonal, vascular y neurológica que se requiere para el funcionamiento sexual, estos trastornos pueden tener un efecto importante sobre la imagen corporal y los sentimientos de orgullo y amor propio de la mujer, la valoración de la esterilidad y el tratamiento de la misma.

La falta de reproducción genera importantes disturbios emocionales en las parejas afectadas, la reproducción de los seres humanos es una función vital para la perpetuación de la especie, desde el punto de vista individual cuando una pareja no logra cumplir con sus expectativas de reproducción genera conflictos interpersonales, de pareja y de familia; todo enmarcado con o sin una entidad orgánica que explique el problema. Todo esto origina que las parejas se maten psicológicamente con ansiedad perdida de la autoestima, confianza, seguridad, La pérdida de la espontaneidad sexual, disfunción sexual y una importante alteración en las relaciones interpersonales.

Los procedimientos ginecológicos frecuentes efectuados por trastornos benignos o malignos pueden afectar el funcionamiento psicosexual, los médicos deben de hablar de las preocupaciones sexuales con la paciente y el compañero antes de la intervención quirúrgica, intentar disipar sus mitos y conceptos erróneos, y seguir ofreciendo consejo a las pacientes después del tratamiento (Mahlstedt, 1985: 9-35).

4. REPORTE DEL CASO CLÍNICO APLICANDO EL PAE.

4.1 PERIODO PERIOPERATORIO

ETAPA 1: VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA PREOPERATORIO (Fuente directa).

Nombre: G.H.V. Edad: 39 años Sexo: Femenino
Estado civil: Casada Religión: Católica Etnia: Mexicana
Escolaridad: Licenciatura Ocupación: Contadora Público
Hospitalizaciones previas: hace 3 años
Motivo del ingreso: Fuè hospitalizada para realizarse estudios y ser operada de miomas porque no se puede embarazar.
Esta tomando medicamentos: No
Signos Vitales. Temp. 36.5° C Pulso. 72 x` Resp. 20 x` Presión Art. 110/60
Familia No. de miembros: 2 Con quien vive: Esposo
Problemas de relación con la familia: Si: No: * Porque:
Menstruación: tipo: Moderado Flujo: 3-4 días
Dismenorrea: A veces Hipermenorrea: No Metrorragia: A veces
Historia de embarazo: Gesta: 0 Partos 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0
Medidas de control de natalidad: Ningún método
Examen de papanicolaou. Si: X No: Cuando 10 de febrero de 2007.
Otros problemas: Ninguno.

1.- Oxigenación.

Estilo de vida. Sedentaria: No Activa: Practica tenis y natación los fines de semana.
Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse (disnea): No presenta ningún problema al realizar ejercicio
Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad: No tiene ningún problema para respirar, respira normalmente.
Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración: No.
Cuántos cigarrillos fuma al día, desde cuando: Fuma ocasionalmente de 1 a 2 cigarros, comenzó a fumar a los 23 años.
Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices. Niega antecedentes cardiovasculares, extremidades superiores e inferiores con buen llenado capilar, pulsos periféricos presentes sincrónicos.

2.- Alimentarse e Hidratarse (Nutrición).

Se alimenta sola: Si
Números de comida habituales y horarios: Hace 3 comidas al día desayuna entre 9:30 y 10:00 a.m., come a las 4:00 p.m. y cena a las 22:00 hrs.
Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: Toma entre 2 y 3 litros de agua ya sea natural o de frutas naturales rara vez toma refresco light, toma una taza de café todas las mañanas.

Patrones de aumento / pérdida de peso: Ninguno.

Suplementos de la alimentación: No consume suplementos.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: Si, refiere "que el medico le ha recomendado la ingesta de verduras ricas en fibra, comer frutas naturales y beber agua natural".

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez: No padece ningún síntoma.

Medidas para purificar el agua: Hierve, desinfecta, garrafón: Consume agua de garrafón.

Revisión: Peso: 72 Kg. Talla: 1.72 cm. Boca: Presenta buena capacidad para hablar, "refiere que mastica y deglute sin ningún problema", la lengua esta hidratada, no se observan datos de úlceras, las encías se encuentran sonrosadas sin datos de edema, la dentadura completa sin presencia evidente de caries, se observan 2 incrustaciones en molares inferiores, refiere "sensibilidad a los alimentos fríos", labios hidratados.

3.- Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces: Todos los días evacua, de una a dos veces al día. Orina: Todos los días de 6 a 7 veces aproximadamente.

Ardor o dolor al evacuar: No Ardor o dolor al orinar: No

Estreñimiento: (No) Hemorroides: (No) Dolor menstrual: (No)

Problemas de: Urgencia, retención, incontinencia, infecciones urinarias: Ninguna

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas: Ninguno

4.- Moverse y mantener una buena postura.

Limitaciones en la de ambulación. Deambula y realiza sus actividades por si sola.

Postura habitual en relación a su trabajo: se encuentra sentada, refiere "realizar ejercicios pasivos en sus tiempos muertos de trabajo".

Dolor muscular, inflamación de articulaciones, defectos óseos: su sistema músculo esquelético mantiene adecuada fuerza y tono muscular, extremidades superiores e inferiores con buen llenado capilar, pulsos periféricos presentes, simetría y control de los movimientos, sin deformaciones.

5.- Dormir y reposar.

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta: Regularmente duerme 8 horas diarias, de las 22:00 a las 6:00 a.m. Refiere "no padecer insomnio, al despertarse se siente descansada", no acostumbra ningún medicamento para dormir, no acostumbra dormir por las tardes.

Alteraciones por estados emocionales: Durante la entrevista refiere que la noche anterior a la cirugía no logró conciliar el sueño ya que pensaba en la cirugía.

6.- Vestirse y desvestirse seleccionar ropas adecuadas.

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Si, refiere que “el asearse diariamente es primordial para mantener una buena salud”, considera que le gusta vestir ropa de acuerdo al clima, le gustan los colores oscuros usa zapatos altos, casi siempre viste con traje sastre, trata de vestirse a medida de sus posibilidades verse bien arreglada y elegante.

7.- Mantener la temperatura corporal en límites normales (Termorregulación).

Se protege de los cambios de la temperatura ambiente: Si, usualmente usa ropa abrigadora de acuerdo a la estación del año y durante los cambios de temperatura.

Sensibilidad extrema al frío o al calor: refiere “ser mas sensible al frío”.

Que valor le da a la comida, ropa y manejo adecuados en el control de la temperatura a otras medidas físicas: refiere “que es primordial realizar las tres comidas y también lo es protegernos de los cambios bruscos de temperatura para evitar enfermedades”.

8.- Mantener el cuerpo limpio y proteger los tegumentos

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; oral, higiene femenina, arreglo personal.

Se realiza el cepillado dental 3 veces al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, realiza baño personal 2 veces al día, considera que le gusta vestir ropa de acuerdo al clima.

Revisión de la piel: Las características de la piel: limpia bien hidratada, mucosas orales hidratadas, en abdomen se observan cicatrices queloides por cirugía anterior, resto de la valoración sin problema.

9.- Evitar peligros del entorno y evitar lesiones a otros.

Prácticas que afectan la seguridad personal: Consume algún tipo de drogas: No

Consume bebidas alcohólicas: Tomo una o dos copas de vino ocasionalmente en reuniones familiares o sociales. Fumas: Si ocasionalmente.

Recursos de salud: médicos, odontológicos, hospitales: Es derechohabiente del seguro social, cuenta con seguro de gastos médicos desde hace 15 años, su atención médica es privada.

Realizas auto examen mamario/ frecuencia: Ocasionalmente lo realiza 2 veces al año y al asistir a consulta médica con el ginecólogo.

Hogar. Características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento: Vive en una casa de dos plantas, los pisos son de concreto al igual que las escaleras, la casa cuenta con buena ventilación e iluminación, refiere “que en la empresa donde labora ha asistido a cursos de primeros auxilios, de seguridad y higiene”, mostrando conocimiento de que hacer para prevenir accidentes.

10.- Comunicarse con sus semejantes, desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad.

Tienes facilidad de expresar tus sentimientos y pensamientos: refiere “que se considera segura de sus sentimientos y pensamientos, en algunos momentos de mi enfermedad me he sentido sola, triste, algunas veces pensativa me reservo algunos sentimientos en cuanto a mi satisfacción y deseo sexual, en otras ocasiones me pregunto ¿porqué yo?, en otros momentos me siento afortunada de que mi esposo y familia me apoyen durante el tratamiento, alentándome diciéndome que Dios premiará todos mis esfuerzos para ser mamá.

Relaciones con la familia y otras personas: Refiere “tener cuatro años de casada, su relación la considera muy buena, abierta, leal, sincera, respetuosa tanto emocional como sexual, mantiene estrecha relación y comunicación su familia y la familia de su esposo, en su lugar de trabajo tiene buena relación con sus compañeros”.

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación: Durante su ingreso no se observaron alteración de en los órganos de los sentidos, se mostraba orientada, se observa pensativa y preocupada preguntando si su vida sexual futura se vería afectada por el procedimiento quirúrgico,

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual: Si

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual: Refiere “he disfrutado de mi sexualidad, mantengo una relación muy buena, abierta, leal, sincera, respetuosa tanto emocional como sexual”.

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales: refiere “ Después de un año de estar casados iniciamos con los planes para nuestro primer bebe con el paso de los meses y la espera de quedar embarazada iniciaron mis miedos, preocupaciones de tener yo la culpa de no embarazarme, comencé a no disfrutar de mis relaciones sexuales y comenzaron a no ser tan frecuentes como al principio, así fue como inicié a tratarme y recibir ayuda para disipar mis miedos y temores acerca de mi satisfacción sexual.

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas: Si menciona que le “diagnosticaron la presencia de miomas en la matriz diciéndole que ese era el motivo por el cual no se lograba embarazar”.

11.- Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión: Práctica la religión católica, acostumbra asistir a los oficios cada domingo.

Valores que ha integrado en su estilo de vida: refiere “respeto por nuestros semejantes, salir adelante ante las adversidades, amor a todos los seres que me rodean”.

En que medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud: Refiere “En ninguna medida han cambiado mis valores por el contrario día a día se vuelven más fuertes”, considera que es congruente la manera de pensar con su forma de vivir.

Creencias religiosas en estos momentos: Cree en Dios y en la religión que profesa, han sido un apoyo primordial en los momentos más difíciles del tratamiento.

12.- Preocuparse de su propia realización y conservar su propia autoestima.

Necesidades de trabajar, tipo de trabajo, duración: Actualmente se desempeña como Contadora público en una empresa privada, trabaja 8 horas diarias, descansa los fines de semana.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto, la enfermedad, que tipo de problemas le ha traído: Se siento satisfecha con su trabajo, no tengo ningún conflicto laboral, su enfermedad no le ha traído problemas laborales.

Autoconcepto positivo/negativo de si mismo: Se describe como una mujer realizada en el ámbito profesional, en el ámbito personal el tener un hijo la hará sentirse realizada como mujer y como esposa, se muestra con un auto concepto positivo.

13.- Participar en actividades recreativas.

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que realiza en su tiempo libre. Acostumbra a asistir al club los fines de semana donde realiza actividades como tenis 2 horas y natación libre, asiste a eventos sociales y familiares acompañada siempre de su esposo, les gusta leer novelas y escuchar música.

La última vez que participó en estas actividades de este tipo: hace una semana

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción: si

Dispone de los recursos para dedicarse a cosas que le interesan: si

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Trata de que sea lo mas equilibrado posible.

14.- Necesidades de aprendizaje.

Conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita: Tiene conocimiento de sus necesidades, de su estado de salud actual, tratamiento, expresa tener dudas acerca de los cuidados que debe de tener después de la cirugía.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/ enfermedad: Durante su ingreso se mostró interesada en conocer todo acerca de la cirugía, los cuidados que requeriría posterior a está, se observó ansiosa, temerosa y triste por los probables resultados y sobre todo angustiada por su vida sexual, a lo cual preguntó, ¿hasta cuando estaría en condiciones de reiniciar su actividad sexual normal?

Cambios necesarios en sus hábitos de vida: Se le proporcionó una charla acerca de la cirugía y los cuidados que debería de tener en casa, cuidados de la herida, vigilar el sangrado transvaginal, la realización de actividad física, así como el tiempo en el cual debería de estar en abstinencia sexual, cuanto tiempo después reiniciaría su vida sexual y sus actividades normales.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. Se le explico con ayuda de su ginecólogo que podría iniciar 4 semanas posteriores a la cirugía siempre y cuando no existieran complicaciones, su actividad laboral 2 semanas después así como el realizar sus actividades normales, se aclararon sus dudas mostró una adecuada memoria, expresando abiertamente las emociones que llegaban durante la plática.

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA (Fuente indirecta).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: G.H.V.

EDAD: 39 AÑOS.

SEXO: FEMENINO.

GRUPO Y Rh: A POSITIVO.

ORIGEN: MEXICANA

RESIDENCIA: DF.

RELIGIÓN: CATOLICA

OCUPACIÓN: CONTADOR PÚBLICO.

ESTADO CIVIL: CASADA.

FECHA DE INGRESO: 1 MARZO 2007.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: NEGADOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATÓLOGICOS:

* ALIMENTACIÓN: ADECUADA EN CANTIDAD Y CALIDAD

* ALCOHOLISMO: NEGADO

* TABAQUISMO: NEGADO

* TOXICOMANÍAS: NEGADAS

ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS

* QUIRÚRGICOS: LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA HACE 3 AÑOS

* TRANSFUSIONALES: NEGADOS

- TRAUMÁTICOS: NEGADOS .

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS :

MENARCA: 14 AÑOS RITMO: 28x3-5
DE 2007 NORMAL.

EUMENORREA FUPAP: 10 DE FEBRERO

GESTAS: 0 ABORTOS: 0 PARTOS: 0 CESAREAS: 0

PADECIMIENTO ACTUAL:

Paciente con mioma submucoso, la cual es programada para realizar histeroscopia operatoria, previo tratamiento hormonal por 6 meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA

T/A : 110/60 F.C. : 72 x' F.R.: 20 x' TEMP: 36° C .

Conciente, tranquila, orientada con palidez de tegumentos +/+++ , cabeza y cuello sin alteraciones cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando sin alteraciones, BH, TP, TPT, TT normales tacto diferido, resto normal.

IDx: Miomas submucosos.

Plan: Histeroscopia quirúrgica 1 Marzo 2007

ETAPA 2: JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES PREQUIRÚRGICOS

Se organizaron los diagnósticos detectados en base en las prioridades de la atención de enfermería.

- 1.- Conocimientos Deficientes sobre su ingreso a la unidad tocoquirúrgica y cuidados posteriores a la cirugía relacionado con la poca familiaridad con los recursos manifestado por la verbalización del problema.
- 2.- Temor relacionado con la cirugía manifestado por preocupación y nerviosismo.
- 3.- Riesgo de infección relacionado con el acceso vascular.
- 4.- Riesgo de lesión perioperatoria relacionado a la cirugía.
- 5.-Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con tabaquismo.
- 6.- Disfunción sexual relacionado a la cirugía manifestado por la preocupación de su vida sexual actual y futura.
- 7- Duelo anticipado relacionado con la pérdida potencial de la matriz manifestado por tristeza y preocupación.

CUADRO DE CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA PREQUIRÚRGICA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	CAUSA DE DEPENDENCIA	DE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA
OXIGENACIÓN	DEP.	FF		* Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con Tabaquismo.
	IND. *****	FC *****		
	PAR. DEP.	FV		
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
ELIMINACIÓN	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
DESCANSO Y SUEÑO	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
TERMORREGULACIÓN.	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
EVITAR PELIGROS	DEP.	FF		* Conocimientos deficientes a su ingreso a la UTQ y cuidados postoperatorios relacionado con la poca familiaridad de los recursos manifiesto por verbalización del problema. * Riesgo de infección relacionado con acceso vascular periférico.
	IND.	FC *****		
	PAR. DEP. *****	FV		
COMUNICARSE	DEP.	FF *****		* Disfunción sexual relacionada con la cirugía manifestada por la preocupación de su vida sexual, actual y futura. * Duelo anticipado relacionado con la pérdida potencial del útero manifestado por tristeza, preocupación y sus deseos de ser madre.
	IND. *****	FC *****		
	PAR. DEP.	FV *****		
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	DEP.	FF		*Temor relacionado a la cirugía manifestado por preocupación que le produce la cirugía
TRABAJAR Y REALIZARSE	IND.	FC *****		
	PAR. DEP. *****	FV		
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		
APRENDIZAJE	DEP.	FF		
	IND. *****	FC		
	PAR. DEP.	FV		

(I) Independiente
(P) Parcial dependiente
(D) Dependiente

(FV) Fuerza de Voluntad
(FF) Falta de fuerza
(FC) Falta de Conocimiento

ETAPA 3: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PREQUIRÚRGICOS

1.- Conocimientos Deficientes sobre su ingreso a la UTQ y cuidados posteriores a la cirugía relacionado con la poca familiaridad con los recursos manifestado por la verbalización del problema.

Definición: Deficiencia de información relacionado al a UTQ y cuidados posteriores a la cirugía.

Factor relacionado: Falta de exposición, asociado a su ingreso al servicio y conocimientos deficientes sobre su cuidado pos quirúrgico.

Objetivos:

- Lograr que la paciente tenga el conocimiento necesario que le permita manejar su estado emocional y colabore durante su estancia hospitalaria.
- Brindar la información adecuada a la paciente, esposo y familiares.
- Fomentar la relación enfermera-paciente.

Intervenciones de Enfermería

* Proporcionar información general a la paciente y familiares acerca de los servicios con los que cuenta la habitación y su funcionamiento.

* Explicar la importancia y el objetivo de los procedimientos preoperatorios solicitando a la paciente su participación activa.

* Fomentar la relación enfermera-paciente

* Explicar los procedimientos y posibles sensaciones esperadas durante la cirugía, aspecto del quirófano, presencia del equipo quirúrgico, administración de la anestesia y recuperación de la anestesia.

* Brindar información acerca de los procedimientos que se realizaran durante el postoperatorio y las sensaciones esperadas, aspecto de la sala de recuperación, presencia de monitores, bombas de infusión, administración de líquidos paraenterales, control de signos vitales, sonda foley, síntomas de dolor, disponibilidad de analgésicos, valoración de heridas quirúrgicas, presencia de sangrado, etc.

Ejecución: Garantizar que la paciente tiene la información específica antes de la cirugía, se solicito a la paciente recordar la información retroalimentando los cuidados y procedimientos postoperatorios.

Evaluación: Se logro que la paciente se sintiera en un ambiente de confort y confianza, manifestando su conocimiento de los cuidados durante su estancia hospitalaria.

2.- Temor relacionado con la cirugía manifestado por preocupación y nerviosismo.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factor relacionado: Separación de un sistema de soporte en una situación potencialmente estresante por ejemplo: Hospitalización, procedimientos hospitalarios.

Objetivo:

- La paciente debe comunicar sus sentimientos respecto a la experiencia quirúrgica.
- Lograr que tenga el conocimiento necesario que le permita manejar su estado emocional.

Intervenciones de Enfermería

* Proporcionar tranquilidad y bienestar, permanecer con la paciente, animarle a compartir sus sentimientos, preocupaciones y expectativas, escuchándola atentamente, transmitirle empatía y comprensión.

* Corregir cualquier concepto erróneo e información imprecisa que la paciente tenga sobre el método quirúrgico.

* Determinar si la paciente desea apoyo espiritual (artículos religiosos).

* Permitir a su esposo compartir sus temores, sentimientos y preocupaciones.

* Proporcionar información general relacionada con la participación activa de la paciente y su pareja de conocer los procedimientos preoperatorios, el entorno quirúrgico y los cuidados postoperatorios.

Ejecución: Brindándose un ambiente tranquilo y de confianza, se proporciono apoyo emocional, mediante el tacto, una comunicación y lenguaje claro se estimulo a la paciente y a su esposo a compartir sus sentimientos, preocupaciones y expectativas, permitiendo aclarar sus dudas y temores ofreciendo la oportunidad de hacer preguntas, proporcionando información clara y respuestas realistas acerca del evento quirúrgico, despejando la información errónea que tenían acerca del procedimiento y los cuidados posteriores, se realizo un rito de oración católico.

Evaluación: Se disminuyo su temor relacionado a la cirugía, expresando tranquilidad por la información, permitiéndole conservar consigo una medalla y una imagen religiosa hasta su ingreso al entorno perioperatorio y postoperatorio.

3.- Riesgo de infección relacionado con el acceso vascular.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo: Procedimientos invasivos.

Objetivo:

- Evitar la presencia de infecciones en el sitio de entrada del acceso vascular periférico.

Intervenciones de Enfermería

- * Explicar a la paciente los procedimientos para mantener la venoclisis en correcto funcionamiento.
- * Manejo de accesos vasculares con técnica estéril.
- * Mantener limpio seco y bien fijado el catéter periférico.
- * Monitorizar y vigilar constantemente signos rubor, eritema, edema en el sitio de inserción del catéter.
- * Evitar las desconexiones accidentales.

Ejecución: Garantizar una adecuada técnica de venopunción, manejo y mantenimiento del acceso vascular periférico, utilizando técnicas asépticas, dando información a la paciente acerca de su cuidado y de las valoraciones constantes que se realizaran a su venoclisis.

Evaluación: Al llevar a cabo una adecuada técnica de venopunción y mantenimiento de la venoclisis se disminuye el riesgo de exponer a la paciente a una infección y prolongar su estancia hospitalaria.

4.- Riesgo de lesión perioperatoria relacionado a la cirugía.

Definición: Riesgo de lesión como resultado de las condiciones ambientales que se dan en el entorno perioperatorio.

Factores de riesgo: Desorientación.

Objetivo:

- Disminuir la presencia de factores que pongan en riesgo la integridad de la paciente.

Intervenciones de Enfermería

- * Solicitar la presencia de su esposo y/o un familiar desde su ingreso hasta ser trasladada a la sala de quirófano.
- * Mantener barandales elevados en su habitación y durante el traslado de la paciente.

* Visitar constantemente a la paciente y acompañarla a realizar sus necesidades fisiológicas.

* Evitar dejar sola a la paciente después de administrarse medicamentos preanestésicos, Dormicum 3mgs. I.V dosis única.

Ejecución: Se proporciona información general a la paciente, esposo y sus familiares acerca del entorno perioperatorio (uso de cama eléctrica, banco de altura, tripies, bomba de infusión, etc.), efecto y posibles sensaciones al administrarse medicamentos preanestésicos, con el objetivo de evitar poner en riesgo la integridad de la paciente.

Evaluación: la paciente, esposo y familia describe la información proporcionada, posterior a la administración del medicamento preanestésico, se manifiesta la paciente relajada y tranquila, acompañada en todo momento por su esposo hasta su traslado a la sala de quirófano.

5.-Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con tabaquismo.

Definición: Incapacidad para eliminar secreciones, obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Factores relacionados: Tabaquismo.

Objetivo:

- Detectar presencia de compromiso cardiopulmonar.

Intervenciones de Enfermería

* Interrogar a la paciente acerca de hábitos de tabaquismo

* Interrogar a la paciente acerca de enfermedades pulmonares recientes, accesos de tos, presencia de secreciones y aspecto de las mismas.

* Auscultar campos pulmonares para detectar una posible disminución o anormalidad en los ruidos pulmonares.

*Valorar y registrar las características de la respiración.

* Valorar la presencia de compromiso respiratorio colocando oximetría de pulso.

* Informar a la paciente acerca de los cuidados que se realizarán durante su recuperación de la anestesia, la posibilidad de colocar oxígeno suplementario, sensaciones de su respiración, accesos de tos, etc.

Ejecución: A través de la valoración clínica, el interrogatorio, la exploración física, auscultación de campos pulmonares, inhalación y exhalación, y colocar oximetría de pulso se logra determinar la presencia de datos de compromiso respiratorio, se brinda información acerca de los tipos de anestesia que se le pueden administrar, los cuidados que se brindan durante la recuperación de la anestesia.

Evaluación: Al realizar la exploración física se encontraron campos pulmonares limpios y bien ventilados, saturando 97% al medio ambiente sin apoyo de oxígeno, se mostró tranquila por la información que se proporciono.

6.- Disfunción sexual relacionado a la cirugía manifestado por la preocupación de su vida sexual actual y futura.

Definición: Cambio en la función sexual que se ve insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

Características definitorias; Alteración en el logro de la satisfacción sexual.

Factores relacionados: Alteración de la estructura o funciones corporales (por ejemplo cirugía, procesos patológicos).

Objetivo:

- Lograr que la paciente tenga el conocimiento necesario que le permita manejar su estado emocional y su vida sexual.

Intervenciones de Enfermería

* Proporcionar tranquilidad y bienestar, permanecer con la paciente y su esposo, respetando su intimidad, animando a la paciente a compartir sus sentimientos y preocupaciones, escuchando atentamente y transmitirle empatía.

* Permitir a su esposo compartir sus sentimientos, temores y preocupaciones en relación a su vida sexual después de la cirugía.

* Explicar a la paciente y su pareja sobre el procedimiento quirúrgico, resultados esperados, riesgos, periodo de recuperación, limitaciones y cuidados postoperatorios.

* Brindar a la pareja una charla acerca de las fases de la relación sexual.

* Informar a la pareja que les esta permitida la intimidad como abrazarse y besarse, cuando se sientan bien con ella las relaciones sexuales estarán permitidas por lo menos 4 semanas después de la cirugía, hacia el momento en que cede el dolor y la sensibilidad de las heridas, la resistencia de las incisiones es adecuada para una relación sexual plena.

Ejecución: Se analizaron las preocupaciones expresadas de la paciente y de su esposo respecto de la cirugía, el impacto en su vida sexual, por lo que se brindo una charla acerca de las fases de la relación sexual y del procedimiento quirúrgico.

Evaluación: Se mostró a la pareja interesada con los temas participando activamente formulando preguntas, expresando su tranquilidad y confianza por la información proporcionada.

7- Duelo anticipado relacionado con la pérdida potencial de la matriz manifestado por tristeza y preocupación.

Definición: Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

Características definitorias; Expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial del útero.

Objetivo:

- La paciente deberá comunicar sus sentimientos respecto a sus expectativas de la cirugía.

Intervenciones de Enfermería

* Ofrecer un ambiente de tranquilidad y confort, animarle a expresar sus sentimientos acerca de la cirugía.

*Corregir concepciones erróneas e información imprecisa acerca de la cirugía.

* Explicar a la paciente y su pareja sobre el procedimiento quirúrgico, resultados esperados, riesgos, periodo de recuperación, limitaciones y cuidados postoperatorios.

* Determinar Si la paciente desea apoyo espiritual (visita de un sacerdote, artículos religiosos).

Ejecución: Brindar apoyo emocional a través del contacto físico, visual mostrar empatía y escuchar atentamente lo que la paciente expresa, brinda la información necesaria para establecer pláticas informativas y formular preguntas acerca de los conceptos erróneos que tienen acerca de la cirugía.

Evaluación: Al proporcionar apoyo emocional a través del contacto físico y animar a la paciente a expresar su sufrimiento se mostró tranquila y expreso "su esperanza de que el resultado de la cirugía sería exitoso".

4.2 PERIODO POSTOPERATORIO.

ETAPA 1: VALORACION CLÍNICA DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIO (Fuente directa).

1.- Oxigenación.

Patrón respiratorio: Ritmo de 18 a 20 respiraciones por minuto, regulares, profundas: No tiene ningún problema para respirar, respira normalmente, se auscultan campos pulmonares los cuales se escuchan limpios y bien ventilados, sin presentar ruidos agregados.

Patrón Cardiovascular: Frecuencia cardiaca 85 latidos por minutó, tensión arterial 100/70, extremidades superiores e inferiores con buen llenado capilar, pulsos periféricos presentes sincrónicos, no presenta problema.

2.- Alimentarse e Hidratarse (Nutrición).

Alimentarse: No se puede valorar la nutrición por el ayuno de 12 horas.

Hidratación: Se mantiene con hidratación continua a través de la venoclisis con solución Normosol M en dextrosa al 5 %.

3.- Eliminación.

Orina: A su ingreso se encuentra instalada sonda de foley con drenaje de orina clara 200 ml. posterior a 20 minutos de su ingreso a la sala de recuperación se retiro la sonda foley y 45 minutos del retiro presenta micción espontánea de orina clara 150 ml.

Intestino: no presenta evacuaciones.

4.- Moverse y mantener una buena postura.

Limitaciones en la de ambulación: No es valorable por el periodo postoperatorio

Postura: Se mantiene en posición de decúbito lateral izquierdo.

Dolor muscular: Refiere "dolor en abdomen tocándose las heridas quirúrgicas y sensación de cólico".

Inflamación de articulaciones, defectos óseos: No presenta inflamación, su sistema músculo esquelético mantiene adecuada fuerza y tono muscular, extremidades superiores e inferiores con buen llenado capilar, pulsos periféricos presentes, simetría y control de los movimientos, sin deformaciones.

5.- Dormir y reposar.

Patrones de reposo: No es valorable ya que se encuentra somnolienta por los efectos residuales de los agentes anestésicos.

Alteraciones por estados emocionales: Refiere sentirse angustiada por el resultado de la cirugía y sus posibilidades de ser madre.

6.- Vestirse y desvestirse seleccionar ropas adecuadas. Se respeta su individualidad y prevacía, se mantiene con ropa hospitalaria.

7.- Mantener la temperatura corporal en límites normales (Termorregulación).

Se protege de los cambios de la temperatura ambiente: A su ingreso a la sala de recuperación se encontraba con temperatura de 35.5° C, piel fría, turgente, con palidez generalizada, expresa "ser muy friolenta".

8.- Mantener el cuerpo limpio y proteger los tegumentos

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; oral, higiene femenina, arreglo personal.

No es valorable por el postoperatorio.

Revisión de la piel: Se encuentra limpia bien hidratada, mucosas orales hidratadas, en abdomen se observan 3 heridas quirúrgicas de 1.5 cm. , una infraumbilical y dos laterales en cuadrantes inferiores izquierdo y derecho, cerradas sin datos de sangrado activo.

9.- Evitar peligros del entorno y evitar lesiones a otros.

No es valorable por el estado de somnolencia, se mantuvo vigilancia continua de la paciente hasta recuperar el estado de conciencia.

10.- Comunicarse con sus semejantes, desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad.

Tienes facilidad de expresar tus sentimientos y pensamientos: No es valorable por el estado de somnolencia.

11.- Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión: Se permitió tener consigo una medalla y una imagen religiosa.

Creencias religiosas en estos momentos: Cree en Dios y en la religión que profesa, han sido un apoyo primordial en los momentos más difíciles del tratamiento.

12.- Preocuparse de su propia realización y conservar su propia autoestima.

No es valorable por el periodo postoperatorio.

13.- Participar en actividades recreativas.

No es valorable por el periodo postoperatorio.

14.- Necesidades de aprendizaje.

Conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita: Tiene conocimiento de sus necesidades, de su estado de salud actual y tratamiento, expresa "la información que se le proporciono antes de la cirugía sobre su cuidado".

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad: Durante su estancia en la sala de recuperación expreso "preguntas para aclarar ¿como realizaría algunos cuidados? y ¿hasta cuando estaría en condiciones de reiniciar su actividad sexual normal?.

Cambios necesarios en sus hábitos de vida: Se reforzó la información acerca de los cuidados que deberá tener en casa, como el cuidado de las heridas, vigilar las

características del sangrado transvaginal y su duración, la realización de actividad física, así como el tiempo en el cual debería de estar en abstinencia antes de reiniciar su vida sexual, la reintegración a su vida laboral y sus actividades normales.

CUADRO DE CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA POSQUIRÚRGICO

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	CAUSA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
OXIGENACIÓN	DEP.	FF	* Riesgo de patrón respiratorio ineficaz
	IND.	FC *****	relacionado con un nivel reducido de la conciencia
	PAR. DEP. *****	FV	por la administración de anestésicos.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
ELIMINACIÓN	DEP.	FF	* Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria
	IND.	FC *****	relacionado al retiro de sonda foley
	PAR. DEP. *****	FV	
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	DEP.	FF	* Dolor agudo relacionado con heridas quirúrgicas
	IND.	FC	distensión abdominal con CO2 manifestado por
	PAR. DEP. *****	FV	expresión de dolor, llanto e irritabilidad.
DESCANSO Y SUEÑO	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
TERMORREGULACIÓN.	DEP.	FF *****	* Hipotermia relacionada con el entorno frío
	IND.	FC	manifestada por temp. de 35.5°.
	PAR. DEP. *****	FV	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
EVITAR PELIGROS	DEP.	FF	*Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con cirugía.
	IND.	FC *****	*Riesgo de infección relacionado con la cirugía
	PAR. DEP. *****	FV	
COMUNICARSE	DEP.	FF	* Deterioro de la comunicación verbal relacionado con los efectos residuales de la anestesia manifestado por somnolencia
	IND. *****	FC	
	PAR. DEP.	FV *****	* Ansiedad moderada relacionada con la cirugía manifestada por nerviosismo y preocupación por sus deseos de ser madre
VIVIR SEGÚN SUS	DEP.	FF	
CREENCIAS Y VALORES	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
TRABAJAR Y REALIZARSE	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACT. RECREATIVAS	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	
APRENDIZAJE	DEP.	FF	
	IND.	FC	
	PAR. DEP.	FV	

(I) Independiente
(P) P. dependiente
(D) Dependiente

(FV) Fuerza de voluntad
(FF) Fuerza de fuerza
(FC) Falta de conocimiento

ETAPA 2.- JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES POSTOPERATORIOS

Se organizaron los diagnósticos detectados en base en las prioridades de la atención de enfermería.

- 1.- Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivas, preceptuales.
- 2.- Riesgo de patrón respiratorio ineficaz relacionado con un nivel reducido de conciencia por el uso de anestésicos.
- 3.- Hipotermia relacionada con el entorno frío manifestada por temp. De 35.5° C.
- 4.- Dolor agudo relacionado con heridas quirúrgicas y distensión abdominal con CO2 manifestado por llanto, irritabilidad.
- 5.- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con efectos residuales de la anestesia manifestado por somnolencia.
- 6.- Ansiedad moderada relacionada con la cirugía manifestada por angustia, preocupación creciente de ser nulas las posibilidades de embarazarse.
- 7.- Riesgo de infección relacionado a la cirugía
- 8.- Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria relacionado con el retiro de sonda foley.

ETAPA 3.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA POSTOPERATORIOS.

1.- Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivas, preceptuales.

Definición: Riesgo de lesión como resultado de las condiciones ambientales que se dan en el entorno perioperatorio.

Factores relacionados: Desorientación.

Objetivo:

- Asistir a la paciente durante su recuperación posanestésica evitando ocasionarle lesiones.

Intervenciones de Enfermería

* Valorar y monitorizar constantemente el estado de conciencia, orientar a la paciente en las tres esferas (tiempo, persona y espacio).

- * Mantener la vía aérea permeable y evitar la broncoaspiración colocando a la paciente en decúbito lateral.
- * Monitorización cardiaca y oximetría de pulso continuo.
- * Toma y registro de signos vitales (Pulso, respiración, T/A, temperatura) al ingresar cada 15 minutos y posterior a una hora cada 30 minutos.
- * Valoración cefalocaudal de la integridad de la piel y registrar sus características.
- * Mantener acceso venoso permeable y evitar las desconexiones accidentales.
- * Valorar características de sangrado en heridas quirúrgicas y transvaginal.
- * Mantener barandales arriba brindando seguridad a la paciente
- * Permanecer constantemente con la paciente hasta su recuperación total del conocimiento.

Ejecución: Al ingresar la paciente a la sala de recuperación se previenen complicaciones instalando el equipo y materiales necesarios para cuidado integral desde su ingreso hasta su egreso de la sala evitando poner en riesgo su integridad, mediante una valoración constante.

Evaluación: Se logró que la paciente se sintiera en un ambiente de confort evitando poner en peligro su integridad.

2.- Riesgo de patrón respiratorio ineficaz relacionado con un nivel reducido de conciencia por el uso de anestésicos.

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Características definitorias: Prolongación de las fases espiratorias.

Objetivo:

- Mantener una adecuada ventilación pulmonar y evitar la broncoaspiración.
- Estimular ejercicios de respiración profunda y movilización libre en cama.

Intervenciones de enfermería

- * Valorar y monitorizar constantemente estado de conciencia y orientación.
- * Colocar a la paciente en decúbito dorsal y girar lentamente su cabeza hacia un lado evitando la broncoaspiración.
- * Aspiración gentil de secreciones orofaríngeas

- * Auscultar campos pulmonares para detectar una posible disminución o anormalidad en los ruidos pulmonares.
- * Valorar y registrar las características de la respiración.
- * Monitorizar y registrar oximetría de pulso.
- * Valorar y registrar signos de compromiso respiratorio.
- * Una vez que la paciente se ha recuperado la conciencia reforzar la información acerca de la importancia de aumentar progresivamente las actividades después de la cirugía, especialmente caminar pronto y practicar el autocuidado
- * Pedir a la paciente haga ejercicios de respiración profunda

Ejecución: Es primordial informar a la paciente durante el periodo preoperatorio los cuidados que se realizarán durante su recuperación de la anestesia, el esfuerzo respiratorio disminuye debido a la fatiga, dolor, la inmovilidad, particularmente en combinación con el tabaquismo, aumentando el riesgo de presentar problemas respiratorios postoperatorios, la actividad mejora la circulación y ayuda a evitar la acumulación de secreciones respiratorias, el autocuidado fomenta el autoestima y mejora la recuperación.

Evaluación: Al realizar la valoración la paciente no presentó datos de compromiso respiratorio, teniendo permeabilidad de vías respiratorias, manteniendo una saturación de O₂ al 100% con apoyo de O₂ húmedo por mascarilla facial al 40%.

3.- Hipotermia relacionada con el entorno frío manifestada por temp. De 35.5° C.

Definición: Temperatura corporal por debajo de la normalidad.

Características definitorias: Reducción de la temperatura corporal por debajo del límite normal, palidez, escalofríos, frialdad de la piel.

Factores relacionados: Exposición a entorno frío y medicamentos vasodilatadores.

Objetivo:

- Lograr y mantener a la paciente eutermica.

Intervenciones de Enfermería

- * Valorar y registro de temperatura axilar cada 15 minutos
- * Valoración de las características de la piel (color, turgencia, llenado capilar)
- * Aplicación de calor seco mediante sabana térmica.

* Mantener ropa de cama limpia y seca

* Mantener la curva térmica

Ejecución: Garantizar a la paciente la recuperación de la temperatura corporal mediante la constante valoración y registro de la temperatura corporal, mediante la aplicación de calor seco a través de una sabana térmica que le proporcionara calor abarcando todo su cuerpo creando un ambiente calido ayudándola a restablecer su temperatura en un corto tiempo.

Evaluación: Se logró restablecer la temperatura corporal hasta 36.5°C, manteniéndose eutermica hasta su alta de la sala de recuperación.

4.- Dolor agudo relacionado con heridas quirúrgicas y distensión abdominal con CO2 manifestado por llanto, irritabilidad.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una alteración tisular real, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Características definitorias; Conducta expresiva (por ejemplo: agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros).

Objetivo:

- La paciente deberá referir disminución progresiva del dolor y aumento de la actividad.

Intervenciones de Enfermería

* Reconocer la presencia de dolor, escuchar atentamente las quejas de la paciente y transmitirle que se esta valorando su dolor.

* Realizar valoración del dolor utilizando la escala de EVA

* Interrogar a la paciente acerca de su percepción del dolor, características, a que lo relaciona e intensidad.

* Administrar analgésico indicado Dolac 30 mgs. IV. Cada 6 hrs.

* Explicar y ayudar a utilizar medidas alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor, posición adecuada, ejercicios de respiración y aplicación de frío en bolsa a nivel de las heridas quirúrgicas y abdomen.

Ejecución: El dolor postoperatorio es producido por la destrucción de nervios y tejido durante la operación, cuando se valora el dolor se debe valorar la gravedad, se tomo como base la Escala de Valoración Análoga del 0 al 10 (0= sin dolor, 10= el dolor más intenso), el valorar los signos físicos del dolor y los factores que influyen en la tolerancia al dolor, así como la efectividad del analgésico administrado y la aplicación de otras medidas alternativas.

Evaluación: la paciente expreso disminución paulatina del dolor, con la administración del analgésico prescrito y la colocación de frío mediante bolsa para hielo en región abdominal y sobre las heridas quirúrgicas.

5.- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con efectos residuales de la anestesia manifestado por somnolencia.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Características definitorias: Dificultad para comprender o mantener el patrón de la comunicación habitual.

Factores relacionados: Efectos secundarios de la medicación anestésica

Objetivo:

- Mantener una comunicación clara con la paciente al eliminarse los efectos de la anestesia.

Intervenciones de Enfermería

- * Valorar el estado de conciencia y nivel de alerta de la paciente durante la fase de recuperación.
- * Despertar llamando a la paciente por su nombre en un tono de voz normal.
- * Orientar a la paciente en las tres esferas tiempo, persona y espacio.
- * Informar a la paciente todos los procedimientos que se le realizaran utilizando un lenguaje claro.

Ejecución: mediante el establecimiento de un lenguaje claro se mantiene ubicar a la paciente atenta a lo que esta sucediendo en relación a su entorno, debido a que por la administración y efectos prolongados de medicamentos anestésicos producen confusión, es por ello que es importante interrogar a la enfermera circulante de la cirugía acerca de los medicamentos anestésicos administrados y tiempo de exposición a ellos, para así determinar el tiempo y vía de eliminación.

Evaluación: Durante la fase de recuperación la paciente se encontraba somnolienta al estar cerca de ella e irse eliminando los efectos residuales de la anestesia, se mostró alerta activa, expresando una comunicación y lenguaje claro.

6.- Ansiedad moderada relacionada con la cirugía manifestada por angustia, preocupación creciente de ser nulas las posibilidades de embarazarse.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión por la anticipación de un peligro.

Características definitorias: Angustia, nerviosismo, preocupación.

Factores relacionados: Necesidades no satisfechas.

OBJETIVO:

- Reducir el nivel de ansiedad

Intervenciones de Enfermería

* Proporcionar tranquilidad y bienestar, permanecer con la pareja y animarla a expresar sus sentimientos después de haberse realizado la cirugía.

* Concretar los mecanismos de adaptación habituales para enfrentarse a las dificultades y reforzar los mecanismos sanos el buen humor, confianzas entre esposos y personas queridas, reflexión y la oración.

*Ayudar a la paciente a tomar conciencia acerca de sus emociones

* Incitar a la paciente a que exprese las fuentes de dificultad que influyen para cuando vuelva a su vida normal.

* Alentar a la paciente y su esposo a tener pensamientos positivos para lograr en un futuro ser padres.

Ejecución; Se analizaron las preocupaciones de la paciente y su esposo respecto de las consecuencias de la cirugía en su vida sexual y se aclaró que la sensibilidad y sus funciones sexuales no se verán afectadas, formularon preguntas, ofreciéndose un ambiente tranquilo, confortable y de confianza, alentándolos a tener una comunicación mas estrecha en pareja en relación a sus sentimientos, sensaciones y preocupaciones por la cirugía realizada.

Evaluación: Se logró reducir la ansiedad de la paciente quedando una comunicación abierta para aclarar dudas.

7.- Riesgo de infección relacionado a la cirugía.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo: Procedimientos invasivos.

Objetivo:

- Disminuir la transmisión de agentes infecciosos a la paciente durante el perioperatorio y postoperatorio.

Intervenciones de Enfermería

- * Valorar la integridad de la piel.
- * Valorar la presencia de heridas quirúrgicas en la región abdominal, observando los bordes que estén juntos e intactos (cerrados por primera intención).
- * Valorar la aparición de signos y síntomas de infección de la herida, inflamación, rubor, eritema, separación de los bordes de la herida, presencia de salida de supuración.
- * Administración de antibiótico prescrito Keflin 1 gr. I.V. cada 8 hrs.
- * Realizar curación de heridas quirúrgicas con técnica estéril
- * Mantener heridas quirúrgicas limpias y secas
- * Llevar acabo curva térmica
- * Brindar a la paciente la información necesaria acerca del cuidado de las heridas:
Lavarse las manos antes y después de retirarse las gasas de las heridas
Lavar minuciosamente las heridas con agua y jabón
Mantener secas y limpias las heridas
Proteger las heridas cubriéndolas con gasas limpias
- * Informar a la paciente acerca de los signos de Infección de las heridas quirúrgicas

Ejecución: La interrupción quirúrgica de la integridad de la piel altera la primera línea de defensa del organismo contra la infección y permite la entrada de microorganismos, en la mayoría de los casos una herida quirúrgica debería cerrarse en 24 horas por primera intención, realizando el adecuado el manejo de las heridas quirúrgicas con técnicas asépticas se disminuye el riesgo de infección, involucrando a la paciente en el cuidado de las mismas, mediante la educación sanitaria.

Evaluación: No se observaron datos de infección en las heridas quirúrgicas.

8.- Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria relacionado con el retiro de sonda foley.

Definición: Trastorno de la eliminación urinaria.

Factor relacionado: Multicasualidad.

Objetivo:

- La paciente deberá presentar micción espontánea.

Intervenciones de Enfermería

- * Monitorizar y registrar la excreción urinaria de la paciente posterior al retiro de la sonda foley.

- * Registrar cantidad y características de la uresis.
- * Informar a la paciente que puede aparecer ligero ardor, urgencia al orinar después de haberse retirado la sonda foley.
- * Valorar a la paciente en busca de datos de retención urinaria (globo vesical).
- * Realizar cateterismo vesical en caso de retención urinaria.

Ejecución: Al instalarse la sonda de foley durante un tiempo prolongado relacionado a la cirugía, tiende a disminuir la sensibilidad, es por ello que al retirar de la sonda foley, se le informa a la paciente acerca de las posibles sensaciones que puede presentar así como los síntomas de retención urinaria.

Evaluación: Presento micción espontánea 45 minutos posteriores al retiro de la sonda foley.

5. PLAN DE ALTA

En el plan de alta se incluyeron las prescripciones médicas, fecha de su próxima consulta, obligaciones y responsabilidades, se revisaron conjuntamente dando explicación del porque de cada acción, las precauciones, dieta, ejercicios, reincorporación a sus actividades cotidianas, restricciones, cuidados y datos de alarma.

Necesidades de oxigenación: sin problema.

Necesidades de alimentarse e hidratarse: La dieta que regularmente acostumbra a comer así como sus preferencias son una buena pauta que le permitirá reincorporar a sus costumbres alimenticias.

Necesidades de eliminación

Intestinal: Se recomienda comer alimentos ricos en fibra, líquidos, deambular, evitar estar mucho tiempo en la cama.

Urinaria: Debe de vigilar que no haya molestias al orinar ardor, dolor, que cambie el color de lo acostumbrado.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Deberá mantener una buena postura al caminar como al sentarse y acostarse.

Necesidad de descanso y sueño: se revisa costumbres de sueño duerme 8 horas diarias, evitar la fatiga en la realización de ejercicio a actividad cotidiana.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: Evitar por unos días la ropa ajustada y utilizar ropa que sea cómoda.

Necesidad de Termorregulación: sin problema, utiliza ropa de acuerdo con la temporada.

Necesidad de higiene y protección: No necesitara cuidados especiales, solo realizara baño diario y lavado de herida quirúrgica sin aplicación de ungüentos especiales, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Necesidad de evitar peligros: Tiene conocimiento de las medidas para evitar tener accidentes en casa.

Necesidad de comunicarse: Una operación importante como la que se le ha experimentado puede ocasionar tensión personal, es normal que después del procedimiento experimente ansiedad y quizás depresión, es de suma importancia que mantenga una estrecha comunicación con su esposo y sus familiares, asistir oportunamente a consultas médicas y seguir las indicaciones.

Necesidad de vivir según sus creencias: Actividades sexuales, podrá reanudarlas una vez que hayan transcurrido 4 semanas y que se sienta recuperada, el periodo que transcurre antes de que se sienta en condiciones, dependerá en gran medida de la evolución de su recuperación.

Necesidad de realizarse y participar en actividades recreativas: Después de la cirugía el ejercicio es una actividad muy importante, para la salud mental y su bienestar físico, siguiendo las indicaciones de alta de los ejercicios permitidos será caminata ligera las primeras dos semanas, evitar ejercicio aeróbico, montar a caballo, posteriores a las 4 semanas podrá reanudar su rutina de actividades normales. Reanudar la conducción de vehículo 2 semanas después de la cirugía así como la integración a su vida laboral normal.

Necesidades de aprendizaje: Deberá acudir puntualmente a cita, memorizar los medicamentos, dosis, horario de toma de medicamentos, no hacer modificaciones de ningún medicamento.

CONCLUSIONES.

Durante el desarrollo del presente trabajo puedo mencionar que viví el proceso enseñanza aprendizaje al resaltar la importancia de la sexualidad en la mujer, los factores emocionales, sentimentales y psicológicos que logran impactar el desarrollo normal de la mujer en la edad adulta por ausencia de la maternidad deseada, que es ocasionada por un factor fisiopatológico como lo es la miomatosis uterina.

La importancia de la sexualidad como respuesta sexual que se enfoca en la capacidad de expresión del amor “como componente que da vida a la vida “, el amor en pareja logra cimentar una sexualidad como elemento positivo el cual tiene en su contenido compasión, amistad, respeto, compromiso, fidelidad, confianza, fe, metas en común y sobre todo una sexualidad libre y plena.

La relación en pareja, la vida sexual y el reacomodo de los roles posteriores a una intervención quirúrgica que tienen que ver con la decisión de ser padres.

El utilizar el modelo de las necesidades de Virginia Henderson, el cual centra el cuidado, la satisfacción y la independencia de las necesidades fundamentales, en el estudio de aspectos biopsicosociales y espirituales, me permitió llevar a tener una visión integral y específica acerca de la atención de enfermería, brindando cuidados de calidad acorde a las necesidades de la paciente aplicando el proceso de enfermería.

La relación enfermera-paciente fue complicada, al inicio de la relación la paciente se mostraba poco cooperadora y con desconfianza a externar sus pensamientos contestando si o no a las preguntas formuladas, al ir mostrando empatía e interés por su enfermedad, se mostró interesada por saber los procedimientos que se le estaban realizando, formulando preguntas acerca de los procedimientos que se le realizarían, cuidados posteriores a la cirugía, una vez establecido el ambiente de confianza y confidencialidad me platicó acerca de su sexualidad y de sus deseos de ser madre, permitiendome una relación estrecha de confianza desde su ingreso hasta su egreso hospitalario dejando abierta la comunicación para resolver preguntas acerca de su cuidado.

En conclusión aprender como pensadores y hacedores de Cuidados de Enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones, profundizando principalmente con fundamentos teóricos y metodológicos con un pensamiento crítico y reflexivo, asegurando un nivel adecuado de calidad sistematizando el cuidado de enfermería.

Es por ello que “Hay que resaltar la importancia de cuidar a la mujer, dejando prejuicios sociales, fundando una cultura de prevención”.

BIBLIOGRAFIA.

Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. México: Ed. Masson, 1997: 40-97.

Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. México: Ed. Mosby/Doyma, 1998: 2-42.

Azcarraga G. Sexología básica (guía para la educación sexual). 2da. Edición, México: Ed. La Prensa Mexicana, 1986: 50-64.

Carpetino J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ta. Edición, Madrid: Ed. Mc. Graw-Hill, 2005: 641-700.

Colliere M. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de la enfermería. Barcelona: Ed. Interamericana, 1996: 183-325.

Fernández C. Enfermería fundamental, México: Serie de manuales de enfermería, Ed. Masson, 2000: 3-10, 151-175.

Fernández C. El proceso de atención enfermería, estudio de casos. Barcelona: Ed. Científicas y técnicas, 1993: 13-65.

Flores N. Enfermería Medico-Quirúrgica necesidades de comunicación y seguridad, México: Ed. Masson, 2000: 3-21.

García M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2da. Edición, México: Ed. Progreso, 2004: 20-24.

Hernández J. Historia de la enfermería. Barcelona, Ed. Mc. Graw-Hill, 1995: 13-76, 121-174.

Long C. Un enfoque del proceso de enfermería. 3era. Edición, España: Ed. Harcourt Brace, 1998: 413-431.

Marrier A. Modelos y teorías en enfermería. Madrid, Ed. Harcourt Brace de España, 1999: 55-69, 99-111.

Novak G. Ginecología. 12va. Edición, México: Ed. Mc Graw-Hill, 1997: 827-848.

Pérez C. Antología de la sexualidad humana. 2da. Edición, México: ed. Miguel Ángel Porrua, 1998: 731-763.

Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Barcelona: Ed. Mc Graw-Hill, 1999: 25-33, 53-73, 144-147, 202-240.

Tomas V. Planes de cuidados de enfermería. México: Ed. Olalla, 1996: 128-230.

Zokier B. Fundamentos de enfermería, concepto, proceso y práctica. 7ma. Edición, Barcelona: Ed. Mc Graw-Hill, 2005: 38-48.

ANEXOS.

MIOMATOSIS UTERINA

La miomatosis uterina es una neoplasia benigna, la más común del útero y de la pelvis femenina.

Su verdadera incidencia es del 50 % de la población, sin embargo estos se clasifican por, su localización anatómica. Siendo que los miomas submucosos se presentan tan solo en el 20 % de la población, con mayor predominio en mujeres de raza negra.

Los miomas son crecimientos anormales de tejido muscular del útero, definiéndose como factor de riesgo una producción excesiva de estrógenos, caracterizándose por su desarrollo variable, ocasionando esterilidad y en casos extremos condicionando a la extirpación del útero.

Son sintomáticos, su detección se realiza a veces de manera indirecta; es decir cuando se está en busca de alguna otra patología del aparato reproductor femenino.

Los miomas submucosos son tumores fibroides benignos del músculo uterino (miometrio), cuando el 50 % de su volumen se encuentra dentro de la cavidad uterina.

Agente: Se desconoce.

Factores de riesgo:

- * Antecedentes familiares de miomatosis uterina, esto sugiere la presencia de un gen que codifica su desarrollo.

- * Estrógenos: ya que los miomas son estrógeno-dependientes, durante la gestación o como tratamiento anticonceptivo, el cual aporta dosis altas de estrógenos teniendo una doble acción sobre el mioma, actuando directamente sobre él, estimulando la mitosis y en forma indirecta mejorando la irrigación del miometrio en el cual se desarrolla y al que parasita.

Histológicamente:

- * Concentraciones mayores de receptores de estrógenos en el miometrio circundante, pero menos que en el endometrio.

- * Probabilidad que deriven por metaplasia del tejido conectivo o del músculo liso de las arterias que irrigan al útero.

Huésped: Su incidencia es del 20 % de la población teniendo mayor predominio en mujeres de raza negra que en mujeres de raza blanca, siendo frecuente durante la última fase reproductora de la vida entre los 35 y 55 años de edad.

No obstante se pueden presentar antes de los 30 años y en mujeres nulíparas.

Medio ambiente: Universal .

Implantación.

Los miomas submucosos se encuentran por debajo del endometrio y tienden a comprimirlo, a medida que se desarrolla hacia la luz uterina; pueden ser solitarios, únicos o múltiples, son redondeados de consistencia firme-elástica, su volumen oscila dentro de límites muy amplios desde microscópico hasta el que ocupa gran parte del útero.

Su desarrollo relativamente autónomo e indefinido depende fundamentalmente de la irrigación y del nivel de estrógeno circulante.

Fisiopatología.

Los miomas submucosos se presentan entre las haces circulares miometriales, ciertas células inician una proliferación autónoma a medida que prosiguen su crecimiento, se van enrollando formando nodulitos que unidos a otros vecinos dan lugar a una tumoración, al principio carecen de vasos pero en su evolución arrastran elementos conjuntivos y vasculares, independizándose del miometrio normal.

Las células miomatosas se diferencian de las normales por presentar un volumen mayor.

Originariamente el nódulo miomatoso es de forma esférica y puede conservarla durante su crecimiento pero en algunas ocasiones está cambiada por las presiones que soporta adquiriendo una conformación variada. En su crecimiento expansivo el tumor desplaza a las fibras musculares, las cuales con el conectivo estratifican en forma de láminas concéntricas y hacen las veces de "cápsula", a su alrededor pero sin vinculación con el de manera que entre ambos existe solo relaciones de contigüidad, lo cual le permite enuclear fácilmente el tumor.

SIGNOS Y SINTOMAS .

Signos:

- * Al realizar tacto bimanual revela la presencia de un útero duro e irregular, aumentado de tamaño con irregularidad ligeramente redondeada o abrupta que depende de la pared uterina.
- * Generalmente se localizan en la línea media y se prolongan en los bordes del útero.
- * Esterilidad, por obstrucción tubaria bilateral.

- * Infertilidad, con mayor frecuencia, que se deriva de las perturbaciones a que es sometida la nidación, nutrición y ulterior desarrollo ovular.
- * Hiperplasia endometrial, concordando con la posibilidad de hiperestrógenismo.

Síntomas:

La mayoría son asintomáticos, sin embargo los síntomas provocados por el mioma se observan en mujeres entre los 35 y 55 años siendo muy variables y dependen de su localización, volumen, alteraciones nutricias o degenerativas o bien de su transformación a maligna.

Inespecíficos:

- * Metrorragia, debido a la ulceración del mioma submucoso en el límite endometrial suprayacente, siendo la manifestación clínica más importante.
- * Anemia secundaria por la pérdida de sangre, si se prolonga durante un periodo largo de tiempo.
- * Astenia y adinamia, ocasionada por la pérdida de sangre.
- * Disnea e incluso insuficiencia cardiaca.
- * Dolor, se presenta en caso de una degeneración hemorrágica tipo cólico.
- * Distensión abdominal y sensación de pesantez.

Complicaciones:

- * Infertilidad en solo 2 a 10 % de las pacientes.
- * Hemorragia intensa con anemia grave (por su causa es una indicación común de histerectomía).
- * Transformación maligna o liosarcoma que se produce en menos del 0.5 % de los miomas.

Pronóstico: Es bueno puesto que se trata de un tumor benigno, la transformación a maligno es poco frecuente y las complicaciones que puede sufrir no ponen en peligro la vida de la paciente.

9.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PREVENCIÒN PRIMARIA

Promociòn para la salud

- * Educaciòn a la poblaciòn en relaciòn a:
 - * Hábitos higiénicos y dietéticos.
 - * Ejercicio.
 - * Educaciòn sexual.
 - * Planificaciòn familiar.

Protecciòn específica

- * Charlas específicas sobre miomatosis a grupos de riesgo mujeres desde 35 a 55 años.
- * Revisiòn ginecológica 2 veces al año.
- * Realizaciòn de papanicolaou 1 vez al año.
- * Exploraciòn mamaria 2 veces al año.

PREVENCIÒN SECUNDARIA

Diagnóstico temprano

- * Historia clínica completa
- * Revisiòn ginecológica, palpaciòn abdominal y bimanual (con la finalidad encontrar un útero aumentado de tamaño e irregularidad).
- * Histerometría, siendo posible contornear el mioma o los miomas submucosos con histerómetro o con el dedo.
- * USG pélvico.
- * Histerografía.
- * Histerosalpingografía.
- * Histeroscopia diagnóstica y/o quirúrgica.

Tratamiento oportuno

En pacientes sintomáticas está condicionado a diversos factores como: edad, fecundidad, sintomatología, estado general con respecto al proceso tumoral (número de miomas, tamaño y ubicación).

- * Vigilancia médica cada 6 meses (descartando la posibilidad de crecimiento rápido).
- * Examen citológico anual.
- * Terapia hormonal: Menopausia transitoria para disminuir el crecimiento del mioma, suprimiendo los síntomas, dejando al mioma dentro del útero, con ello obtendrá una curación clínica.

Se administran GNRH que es una proteína que actúa como análogos del factor liberado de gonadotropinas, produciendo disminución de la liberación de estrógenos.

- * Transfusión sanguínea: Ante una hemorragia copiosa como recurso de urgencia.
- * Quirúrgico conservador: Miomectomía, realizando enucleación tumoral con la preservación del útero.
- * Quirúrgico definitivo: Histerectomía total vaginal o abdominal.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Limitación del daño

- * Revisión ginecológica cada 6 meses.
- * Orientar a la paciente acerca de las complicaciones del tratamiento hormonal o bien quirúrgico.

Rehabilitación

- * Orientar acerca del uso de medicamentos indicados.
- * Orientar acerca de la sexualidad.