



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UNA PACIENTE PRIMIGESTA CON EMBARAZO ECTÓPICO DE  
8 SEMANAS DE GESTACIÓN.**

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

**PRESENTA:**

**SILVIA CARDOSO NARANJO**

**No. DE CUENTA 405115916**

**DIRECTORA DEL TRABAJO  
MARGARITA GONZÁLEZ VAZQUEZ**

**MÈXICO, D.F., SEPTIEMBRE 2008**



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.

## INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- OBJETIVOS.....	5
3.- METODOLOGÍA.....	6
1.- MARCO TEÓRICO.....	7
1.2. Proceso Atención Enfermería.....	9
1.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	11
1.3.1 Valoración.....	12
1.3.2. Diagnóstico de Enfermería.....	13
1.3.3. Planificación.....	14
1.3.4. Ejecución.....	15
1.3.5. Evaluación.....	16
1.4. Modelo de Atención de Virginia Henderson.....	17
1.4.1. METAPARADIGMA.....	21
1.4.2. Persona.....	21
1.4.3. Salud.....	22
1.4.4. Entorno.....	23

1.4.5. Enfermería.....	24
2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	25
2.1. Ficha de identificación.....	27
2.2. Presentación del caso.....	28
2.3. Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	30
3.- CONCLUSIONES.....	39
4.- SUGERENCIAS.....	40
5.- GLOSARIO.....	41
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	42
7.- ANEXOS .....	43
7.1.- Embarazo Ectópico.....	43

## INTRODUCCIÓN:

La labor de la enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano. El desempeño profesional de enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud sin importar condición, género, edad o práctica religiosa. En el área de la promoción de la salud, nos encontramos que en la actualidad la atención que se le brinda al paciente son muy variadas y diversas, así como lo son la familia, comunidad y personas mismas, observándose sus necesidades específicas así como los problemas de salud. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

El embarazo ectópico ocupa un lugar importante dentro de la unidad donde se atiende la paciente, dicho diagnóstico nos ocupa dentro de este proceso atención de enfermería, ya que los cuidados que la paciente requiere son principalmente la pérdida de un embarazo y el dolor, siendo estos los principales de esta patología. Aplicando el modelo de Virginia Henderson donde se diagnosticaran las necesidades que la paciente presentó se logró el restablecimiento de la salud, incorporándola a la sociedad.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Proporcionar atención a la paciente con conocimientos científicos y de forma humanista aplicando el Proceso Atención de Enfermería bajo el Modelo de Virginia Henderson a la paciente primigesta con embarazo ectópico de 8 semanas de gestación.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar las necesidades y respuestas humanas de la paciente ante situaciones de salud producidas por un embarazo ectópico.

Determinar diagnósticos de enfermería reales y potenciales para así priorizar las intervenciones a realizar.

## METODOLOGÍA:

El presente proceso atención de enfermería es aplicado a una paciente primigesta con un embarazo ectópico de 8 semanas de gestación atendida en el servicio de *Modulo Mater* ( modulo de atención a mujeres embarazadas con riesgo) ubicado en el área de urgencias del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla Morelos, en el turno de jornada acumulada diurna, por ser un embarazo de alto riesgo para la paciente considero que mi intervención como enfermera fue de apoyo y ayuda, la cual tuvo un papel importante para mantener la salud sin poner en riesgo la vida de la madre y apoyado con el modelo de atención de Virginia Henderson, misma que fue aplicada mediante una entrevista directa utilizando un instrumento para la recolección de datos donde se valorarán las catorce necesidades que la misma teórica define, detectando los riesgos reales y potenciales donde se realizaron los diagnósticos de enfermería utilizando la bibliografía de la NANDA, así mismo se desarrollo las siguientes tres etapas del proceso atención enfermería donde se planeó, ejecutó y evaluó los resultados obtenidos en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona y su entorno. Los recursos materiales con los que se contó son; un consultorio de modulo mater, tococardiografo, estetoscopio de pinar, ultrasonido, baumanómetro, estetoscopio, termómetros, etc., y los recursos humanos son: en modulo mater un ginecoobstetra, una enfermera general y la estudiante de la carrera de Licenciatura en Ginecoobstetricia, en el servicio de Tococirugia se cuenta con un Ginecoobstetra, un anestesiólogo, una enfermera instrumentista y una enfermera general.

# MARCO TEÓRICO

## 1.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo de enfermería que le proporcionara una identidad propia. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendía ser básico para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones ya que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.<sup>1</sup> Siendo integral porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo, considerando todas sus necesidades.

---

<sup>1</sup> Fernández Ferrin Carmen, et. al. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. 3ª Edición. Barcelona: Masson-Salvat, 2005 pág. 82

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito que ésta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> *Ibíd.* Pag.90

## 1.2.- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, durante las cuales la Enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- ❖ Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a las personas a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

VENTAJAS: la aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera, profesionalmente el Proceso Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de

calidad; el cliente es el beneficiado, ya que mediante este se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional de <sup>1</sup>Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las ventajas para la persona son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.

Las ventajas para la Enfermera son:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

---

<sup>1</sup> Rosalinda Alfaro Lefevre. Aplicación de Proceso de Enfermería: Guía práctica . 2ª Edición. Barcelona España: Doyma; 1992.

### 1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: <sup>2</sup>

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

---

<sup>2</sup> Velázquez, S. El proceso de Enfermería: Seminario Taller. 2000.

### 1.3.1 VALORACIÓN

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. La fase de valoración trata principalmente de la recolección de los datos, el examen de los mismos y la determinación del lugar en que encajarán dentro de la imagen global. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de Enfermería se basan en la información reunida durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades.<sup>3</sup>

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las catorce necesidades para que con base a ellas se implemente el plan de cuidados de Enfermería.

- ✓ Recolección de datos: reunir información sobre la persona-cliente.
- ✓ Validación de datos: asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- ✓ Organización de datos: organizar los datos en grupos de información que ayudará a identificar patrones de salud o enfermedad.
- ✓ Comunicación-anotación de los datos: informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recolección de la base de datos.

---

<sup>3</sup> Rosa Linda Alfaro Lefevre. Aplicación del proceso de Enfermería: Guía Práctica. 2ª Edición. Barcelona España: Doyma; 1992.

### 1.3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Es la segunda fase o etapa del Proceso Atención Enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y se ha empezado a detectar patrones de salud o enfermedad, durante esta etapa se acabará de ordenar los datos, para identificar los problemas y capacidades que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente. Razonamiento diagnóstico: el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de Enfermería y otros problemas de salud, dependerá de la habilidad para ser metódica sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud de la persona.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ibídem

### 1.3.3. PLANIFICACIÓN

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del Proceso Atención de Enfermería: la planificación, es el momento en que se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos de la persona-resultados esperados.
- Determinación de las acciones – actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de Enfermería.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Ibídem

### 1.3.4. EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución implica las siguientes actividades de Enfermería:

- Continuar con la recolección y valoración de Enfermería.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizados.

La Enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de Enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de la persona.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> *Ibidem.*

### 1.3.5. EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- 1.- Recolección de datos sobre el estado de salud - problema – diagnóstico que queremos evaluar,
- 2.- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecuencia de los resultados esperados.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4ª Edición Tomo 1. Madrid España: McGraw-Hill, Interamericana; 2007. Pág. 155 a 179

## 1.4. MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON



### **Virginia Henderson**

Virginia nació en 1897 en Kansas City (Missouri). Paso su infancia en Virginia, durante la primera guerra mundial despertó en ella el interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente, En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el colegio de la universidad de Colombia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de la enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de Strong Memorial Hospital de Rochester N.Y. Regreso al Teacher Collegue en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948. Henderson tiene. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.<sup>8</sup>

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON SE BASA EN LOS SIGUIENTES POSTULADOS:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero e independiente.

VALORES QUE FUNDAMENTAN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

- ❖ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ❖ Cuando la enfermera usurpa las funciones 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.

---

<sup>8</sup> R.L. Wesley, Teorías y Modelos de Enfermería [monografía en internet] [acceso mayo 2008]. Disponible en: [http://perso.manadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asinat\\_tear\\_metod5.htm](http://perso.manadoo.es/aniorte_nic/progr_asinat_tear_metod5.htm).

## **LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS**

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

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

**Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

**Variables:** estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio

## **1.4.1. METAPARADIGMA**

### **1.4.2. PERSONA**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.<sup>9</sup>

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

La persona se define como un ser integral e indisoluble, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades, las cuales deben tomarse en

---

<sup>9</sup> Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4ª Edición Tomo 1. Madrid España: McGraw-Hill, Interamericana; 2007. Pág. 155 a 179

cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.

### **1.4.3. SALUD**

Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*

#### 1.4.4. ENTORNO

Mediante procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse más atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra:

- ❖ Físicos
- ❖ Ecológicos
- ❖ Sociales
- ❖ Culturales
- ❖ Políticos
- ❖ Económicos

Es decir de cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud enfermedad.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.<sup>11</sup>

### **1.4.5. ENFERMERÍA**

Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo mas allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentales e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son:

- ✓ La persona.
- ✓ La salud.
- ✓ El cuidado.
- ✓ El entorno.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ibídem.

<sup>12</sup> Ibídem.

## 2.-APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, durante las cuales la Enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- ❖ Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a las personas a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

**VENTAJAS:** la aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la Enfermera, profesionalmente el Proceso Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es el beneficiado, ya que mediante este se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

**Las ventajas para la persona son:**

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.

**Las ventajas para la Enfermera son:**

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

## **2.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**FECHA DE ADMISIÓN:** 3 DE MAYO DE 2008

**HORA:** 15:30 hrs.

**NOMBRE:** I.G.O

**EDAD:** 20 años

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24 de mayo 1987

**SEXO:** Femenino

**PESO:** 58 kg.

**TALLA:** 160 cm.

**DOMICILIO:** Miguel Hidalgo No. 30 Colonia el Mirador Tlaltizapan Morelos

**ESTADO CIVIL:** Casada

**RELIGION:** Católica

**OCUPACIÓN:** Ama de casa.

**ESCOLARIDAD:** Secundaria.

**TELEFONO:** No cuenta actualmente.

**PROCEDENCIA:** Zacatepec Morelos.

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Por interrogatorio directo con la paciente.

## PRESENTACION DEL CASO

Se trata de la señora Irma G.O. de 20 años de edad, ama de casa, procedente de área urbana, casada, vive con su esposo, como actividad tiene las labores del hogar, camina para surtirse de despensa etc., refiere no tener una rutina de ejercicio, duerme ocho horas diarias y de vez en cuando se toma una siesta por las tardes, su vestido es sencillo acorde a su edad, comenta que se baña diario, y se lava los dientes después de cada comida, se alimenta con frutas y verduras así como carnes de dos a tres veces a la semana, agua en poca cantidad refiere de menos de 500 ml. al día, refiere que ella misma se hace el pedicure, comenta que es católica, va a misa todos los domingos y que tiene reuniones en diferentes casas para leer la biblia por las tardes, dice que en cuanto pueda tomará un curso de cultora de belleza ya que le llama la atención para poder ayudar a su marido con los gastos del hogar, madre hipertensa controlada, padre diabético controlado. Refiere tener molestias al evacuar ya que es estreñida, orina normal sin molestias hasta el momento, no realiza ejercicio, con un ritmo irregular, comenta que de vez en cuando tiene retrasos de un mes y dice que es normal, comenta no estar enterada de que estaba embarazada, pensó que era otro retraso, con un peso actualmente de 58 kg. y talla de 160 cm. Acude al servicio de Modulo Mater del Hospital General de Jojutla Morelos para su atención, ya que presenta dolor abdominal intenso, sangrado transvaginal moderado y náuseas, refiere temor y miedo así como tristeza por el acontecimiento. Se tomen signos vitales encontrándose una presión arterial de 130/80, temperatura de 36° C, pulso de 98 por minuto y respiración de 24 por minuto.

**AP:** Irma G.O. de 20 años de edad, casada, vive con su esposo, es hija única, no trabaja actualmente, ella termino solo la secundaria.

**APNP:** la señora Irma vive en casa propia, se alimenta sanamente, dice ingerir leche, frutas y verduras, carnes, ingiere poca cantidad de agua (menos de 500 ml. al día), comenta que no puede evacuar normalmente, refiere que su orina es normal, sin molestias.

**APP:** acude al servicio de *Modulo Mater* del Hospital General de Jojutla para recibir atención, ya que presenta dolor tipo cólico en abdomen del lado derecho, intenso, con temor y miedo por el padecimiento que desconoce . Operada de apendicectomía hace 2 años.

**AHF:** la madre hipertensa desde hace 10 años, controlada, el padre con diabetes mellitus de hace 15 años controlada, ambos con sus dietas correspondientes, abuelos maternos y paternos finados.

**AGO:** menarca a los 13 años, con periodo de 3 X 30, sangrados normales, sin dolor, refiere que en tres ocasiones desde que inicio su menstruación sufrió de retraso de la misma, inicia su vida sexual activa a los 19 años de edad, dice haberse controlado con el ritmo, así como con condones, no acudió al médico para controlarse por lo del embarazo porque pensó que era otro retraso, actualmente, cursa con un embarazo ectópico tubárico de 8 semanas de gestación.

## 2.3. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.-

Dentro de la evaluación se detectaron los siguientes diagnósticos de Enfermería.

### DIAGNOSTICOS REALES:

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Eliminar los desechos del organismo.	Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos, manifestado por heces duras.
Evitar los peligros del entorno.	Duelo de anticipación en relación con interrupción del embarazo manifestado por tristeza.  Dolor relacionado con embarazo ectópico manifestado por cólico abdominal.
Ejercer culto a dios, acorde con la religión	Sufrimiento espiritual en relación con crisis de la enfermedad manifestado por llanto.
Estudiar, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con el desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones manifestado por no recibir orientación adecuada de planificación familiar y/o atención prenatal.

### **1.- RESPIRAR ADECUADAMENTE:**

La paciente no refiere problema alguno, tiene una respiración normal.

### **2.- ALIMENTARSE E HIDRATARSE:**

Esta necesidad no se ve afectada porque refiere alimentarse adecuadamente, come frutas, verduras, carne etc.

### **3.- ELIMINAR LOS DESECHOS DEL ORGANISMO:**

#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

**Estreñimiento relacionado con la ingesta de menos de 500 ml. de líquidos al día manifestado por heces duras.**

**OBJETIVO: lograr que la paciente Irma evacue normalmente de una a dos veces al día.**

#### **INTERVENCIONES:**

- **Ingesta suficiente de líquidos al menos dos litros diarios.**
- **Realizar caminata media hora diaria, ya que aumenta la motilidad intestinal ayudando con esto a la defecación.**
- **Llevar una dieta equilibrada con alto contenido de fibra, consumo de frutas con cascara, cereales etc.**
- **Llevar una rutina diaria de ejercicio.**

**EVALUACIÓN:** la señora Irma logró unas evacuaciones normales y sin ninguna molestia.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** normalmente las heces fecales contienen bacterias (la mayor parte muertas), células epiteliales descamadas, residuos alimenticios, pigmentos biliares, moco y sales inorgánicas.

#### 4.- MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA:

Ella considera que mantiene una postura normal, dice estar en constante movimiento en su hogar, comentando que no tiene una rutina de ejercicio especificado, pero con lo que realiza en su casa le es suficiente, comenta que pasando el problema que tiene en estos momentos iniciara una rutina de ejercicio.

#### 5.- DESCANSAR Y DORMIR:

Refiere dormir sus ocho horas, comenta que como es ama de casa le da tiempo de una siesta por la tarde.

#### 6.- SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA:

Ella se viste sencilla acorde a su edad, se observa que su ropa es cómoda.

#### 7.- MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:

Esta necesidad no se ve afectada, ya que se encuentra normotérmica.

## **8.- MANTENER LA HIGIENE CORPORAL:**

Comenta que se baña diario, se lava los dientes después de cada comida, se observa limpia y aseada.

## **9.- EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO:**

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

**Duelo de anticipación en relación con interrupción del embarazo manifestado por tristeza.**

**OBJETIVO: lograr que la paciente acepte el duelo con la ayuda de sus familiares.**

### **INTERVENCIONES:**

- **Promover la expresión verbal de sus sentimientos.**
- **Ayudar a la paciente a superar el proceso de duelo utilizando frases de apoyo para capacitar a la paciente a articular y dirigir sus sentimientos.**
- **Implicar si es necesario a un asesor anímico.**
- **Implicar al marido o a los allegados en la pérdida y el duelo.**
- **Apoyo psicológico si es necesario.**
- **Canalizar al servicio de tanatología.**

**EVALUACIÓN:** la señora Irma aceptó que tiene que pasar por ese duelo, pero acompañada de sus familiares, cooperando para lograr superar esta pérdida.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** La tristeza es una experiencia emocional desagradable que generalmente se evita, y acompaña a la pérdida de algo valioso.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

**Dolor relacionado con embarazo ectópico manifestado por cólico abdominal.**

**OBJETIVO:** Ayudar a disminuir el dolor a la señora Irma a través de la Ministración de analgésicos.

**INTERVENCIONES:**

- **Ministración de analgésicos.**
- **Monitorización de signos vitales.**
- **Cuidados preoperatorios.**
- **Apoyo psicológico.**
- **Apoyo emocional.**
- **Ejercicios de relajación.**
- **Distracción**
- **Ambiente tranquilo**

**EVALUACION:** la señora Irma logro calmar el dolor mediante la Ministración de analgésicos y/o la intervención quirúrgica.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.** La sensación del dolor indica lesión o peligro de lesión del organismo.

10.- COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS U OPINIONES:

Ella refiere tener reuniones para hablar sobre la biblia o su religión propia, comenta que es por las tardes y se reúnen en diferentes casas.

11.- EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN:

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

**Sufrimiento espiritual en relación con crisis de la enfermedad manifestado por llanto.**

**OBJETIVO:** que la señora Irma logre y controle su estado espiritual, manteniéndose tranquila y aceptando sin resentimiento los acontecimientos de la vida.

**INTERVENCIONES:**

- **Proporcionar un tiempo de silencio ininterrumpido**
- **Ofrecer a la paciente que realice sus oraciones.**
- **Platicar y darle el tiempo necesario para que se desahogue.**

**EVALUACIÓN:** lograr que la paciente se sienta tranquila espiritualmente.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** el estado psicológico de un individuo, incluyendo su función cognoscitiva, sus ideas, sus creencias y sus actitudes, influye sobre su función fisiológica.

12.- TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO:

Comenta que por el momento no trabaja pero que posteriormente tomará un curso de cultura de belleza para ayudar a su esposo en los gastos del hogar.

13.- PARTICIPAR EN TODAS LAS FORMAS DE RECREACIÓN Y OCIO:

Comenta la paciente que el asistir a misa para ella es suficiente.

**14.- ESTUDIAR, APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con el desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones manifestado por no recibir orientación adecuada de planificación familiar y/o atención prenatal.

**OBJETIVO:** lograr que la señora Irma conozca acerca de la planificación familiar así como la atención prenatal.

## **INTERVENCIÓN:**

- **Enseñar acerca del embarazo y sus complicaciones**
- **Enviar en cuanto sea posible al servicio de planificación familiar**
- **Orientar y enseñar sobre la atención prenatal.**
- **Apoyo emocional.**

## **EVALUACIÓN:**

- **La señora Irma aprendió y comprendió todo acerca de planificación familiar y atención prenatal.**

### **3-. CONCLUSIONES**

El Proceso Atención de Enfermería nos sirve para detectar, orientar, actuar y resolver, problemas que pone en riesgo la vida de la persona con un enfoque físico mental y con las intervenciones que realizamos en coordinación con el equipo multidisciplinario, ayuda de una manera general a que la paciente o persona se integre nuevamente al ciclo familiar, personal y social. Por lo que es importante que la enfermera este capacitada ampliamente en el manejo del mismo y así mismo contribuir con nuestras aportaciones para que el paciente mejore. La atención que se le brindó ayudo a que la paciente entendiera su padecimiento y comprendiera lo importante que es la planificación familiar asi como la atención prenatal, misma que se brinda en la unidad de salud, donde se logró integrarla a la comunidad sana y salva, comprendiendo todo lo que conlleva tener un embarazo ectópico, quedando muy agradecida por la atención que le brindaron.

## **4.- SUGERENCIAS**

Considero que es importante comentar que hay casos en los que la educación que se imparte en las escuelas carecen de mayor enfoque en los Procesos Atención de Enfermería, pienso que la materia de teorías y modelos nos dio una base para poder iniciar o aplicar un proceso atención enfermería a una persona, siendo en mi caso un poco difícil, ya que en la básica no llevamos esa materia como lo comento anteriormente, siendo muy poco tiempo las clases que nos impartieron en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

## 5.-GLOSARIO

**DOLOR:** Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

**MODELO:** Lo que se sigue, imita o reproduce.

**PRONÓSTICO:** Juicio médico respecto a la probable evolución de una enfermedad.

**ENTORNO:** Ambiente social que rodea a una persona.

**FUNCIÓN:** Actividad propia de un ser vivo y de sus órganos.

**DIAGNÓSTICO:** Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández Ferrín Carmen, et. al. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. 3ª Edición. Barcelona: Masson-Salvat, 2005 pág. 82.
2. Rosalinda Alfaro Lefevre. Aplicación de Proceso de Enfermería: Guía práctica . 2ª Edición. Barcelona España: Doyma; 1992
3. Velázquez, S. El proceso de Enfermería: Seminario Taller. 2000.
4. Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4ª Edición Tomo 1. Madrid España: McGraw-Hill, Interamericana; 2007. Pág. 155 a 179
5. R.L. Wesley, Teorías y Modelos de Enfermería [monografía en internet] [acceso mayo 2008]. Disponible en:  
[http://perso.manadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asinat\\_tear\\_metod5.htm](http://perso.manadoo.es/aniorte_nic/progr_asinat_tear_metod5.htm).
6. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones. Elsevier. 2005-2006.
7. Lynda Juall Carpenito. Diagnóstico de Enfermería. 5a Ed. España: Mcgraw-Hill Interamericana; 1998.
8. Medelyn T. Nordmark, Anne W.Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. 2a Ed. México: El Manual moderno; 2002.
9. Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas de Cuidados del Paciente. Barcelona España: Harcourt/océano.

## **7.- ANEXOS**

### **7.1.-EMBARAZO ECTÓPICO**

El embarazo ectópico (del [gr.](#) ἐκ "fuera" y τόπος "lugar") es aquél en el que el óvulo fertilizado se implanta en el tejido fuera del útero y de la placenta y el feto comienza a crecer allí. El sitio más común es en la trompa de Falopio. Sin embargo, los embarazos ectópicos se pueden producir en el ovario, en el abdomen y en la parte inferior del útero (cuello uterino). Es poco frecuente que los embarazos ectópicos se desarrollen normalmente y que gesten a un bebé. Si no se trata, puede causar sangrado interno y ser peligroso para la madre.

**DEFINICIÓN:** es la gestación que ocurre fuera de la cavidad uterina. El bebé no puede sobrevivir en estos casos. <sup>1</sup>

**CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO** Un embarazo ectópico ocurre cuando el bebé comienza a desarrollarse por fuera de la matriz (útero). El sitio más común para un embarazo ectópico está dentro de uno de los conductos a través de los cuales el óvulo pasa del ovario al útero (trompas de Falopio). Sin embargo, los embarazos ectópicos también pueden presentarse en raras ocasiones en los ovarios, el área del estómago o el cuello uterino. Un embarazo ectópico es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el

---

<sup>1</sup> Enciclopedia de la enfermería Océano Centrum pagina 712

paso de un óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero, posiblemente causado por una obstrucción física en la trompa.<sup>2</sup>

### **ALGUNOS EMBARAZOS ECTÓPICOS PUEDEN DEBERSE A:**

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio
- Complicaciones de una apendicitis
- Endometriosis
- Cicatrización causada por una cirugía pélvica previa

En unos pocos casos, se desconoce la causa.

Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico.

El hecho de tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona (como las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas), puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y llevar a un embarazo ectópico.

Las mujeres que se someten a fecundación in vitro o que utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) con progesterona también tienen mayor riesgo de embarazo ectópico.

---

<sup>2</sup> JIAN Z, LINAN C

La "píldora del día siguiente" (píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico.

Los embarazos ectópicos se presentan en 1 de cada 40 a 1 de cada 100 embarazos.

### **SÍNTOMAS:**

- Dolor Abdominal
- Sangrado vaginal anormal
- Amenorrea
- Sensibilidad en las mamas
- Lumbago
- Náuseas
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis

Si el área del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Éstos pueden abarcar:

- Sensación de mareo o mareos reales
- Dolor que se siente en el área del hombro
- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen

El sangrado interno debido a una ruptura puede llevar a que se presente *shock*, el primer síntoma de casi el 20% de los embarazos ectópicos.

## **SIGNOS Y EXÁMENES:**

El médico llevará a cabo un examen pélvico que puede mostrar sensibilidad en dicha área. Una prueba de embarazo generalmente es positiva.

Los exámenes que se pueden hacer son:

- Culdocentesis
- Hematocrito
- Prueba de embarazo
- Prueba de GCH cuantitativa en sangre
- Ecografía transvaginal o ecografía del embarazo
- Conteo de leucocitos

Un aumento en los niveles de GCH puede ayudar a diferenciar un embarazo normal (intrauterino) de un embarazo ectópico. Las mujeres con altos niveles deben someterse a una ecografía vaginal para identificar un embarazo normal.

Se pueden usar otros exámenes para confirmar el diagnóstico, como:

- Dilatación y legrado
- Laparoscopia
- Laparotomía

Un embarazo ectópico puede afectar los resultados de un examen de progesterona en suero.

## TRATAMIENTO:

Los embarazos ectópicos no pueden continuar hasta el nacimiento (a término) y se tienen que extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre.

Por lo general, un embarazo ectópico debe terminarse quirúrgicamente. En algunos casos, los embarazos ectópicos pueden tratarse con una terapia con medicamentos.

La persona necesitará ayuda médica urgente si el área del embarazo ectópico presenta ruptura, lo cual puede llevar a que se presente *shock*, que es una situación de emergencia. El tratamiento para el *shock* puede incluir:

- Transfusión sanguínea
- Líquidos por vía intravenosa
- Mantenerse caliente
- Oxígeno
- Elevar las piernas

Si hay una ruptura, se lleva a cabo una cirugía (laparotomía) para detener la pérdida de sangre. Esta cirugía también se hace para:

- Confirmar un embarazo ectópico
- Remover el embarazo anormal
- Reparar cualquier daño a los tejidos

En algunos casos, es posible que el médico tenga que extraer la trompa de Falopio.

Una minilaparotomía y una laparoscopia son los tratamientos quirúrgicos más comunes en los casos de embarazo ectópico en que no se haya presentado ruptura. Si el médico no cree que se vaya a presentar ruptura, a la persona se le puede administrar un medicamento llamado metotrexato y vigilarla. Igualmente, se pueden realizar exámenes de sangre y pruebas de la función hepática.

### **EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO):**

La mayoría de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico pueden más tarde tener un embarazo normal. Es posible que del 10 al 20% de los casos vuelvan a presentar otro embarazo ectópico. Algunas mujeres no vuelven a quedar de nuevo embarazadas.

### **COMPLICACIONES:**

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente *shock*, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa. En el 10 a 15% de las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico se presenta infertilidad.

## **SITUACIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA:**

Si se presentan síntomas de embarazo ectópico (especialmente dolor en la parte baja del abdomen o sangrado vaginal anormal), se debe consultar con el médico.

Una mujer puede tener un embarazo ectópico si puede quedar embarazada (fértil) y si es sexualmente activa, incluso si emplea anticonceptivos.

## **PREVENCIÓN:**

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, un embarazo tubárico (el tipo más común de embarazo ectópico) puede en algunos casos prevenirse, evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio.

Lo siguiente puede reducir el riesgo:

- Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) <sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> JIAN Z, LINAN C. ECTOPIC GESTATION FOLLOWING EMERGENCY CONTRACEPTION WITH LEVONORGESTREL. *EUR J CONTRACEPT REPROD HEALTH CARE*. 2003 DEC;8 (4):225-8.