



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA E HISTERECTOMÍA TOTAL ABDÓMINAL, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ G PARRES” DE CUERNAVACA, MORELOS.

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

P R E S E N T A

**MARIA ELENALICONA
NO. DE CUENTA: 405117800**

DIRECTOR ACADÉMICO

MTRA. LUZ MARÍA ARACELI JIMÉNEZ PÉREZ



MÉXICO. D.F.

AGOSTO 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis asesores Mtra. Luz María Araceli Jiménez Pérez y al Lic. Enf. Armando Ortega Gutiérrez.

¡Gracias! Por mostrarme tanta paciencia, por compartir conmigo sus conocimientos; teóricos y científicos, sin su ayuda no hubiera sido posible terminar con éxito este trabajo de investigación.

Al H. Jurado:

Les doy gracias anticipadamente por la evaluación de los conocimientos adquiridos, a través de la aplicación del examen profesional y por la evaluación del trabajo realizado. ¡Gracias por darme la oportunidad de estar en esta etapa de titulación;

A Jehová Dios todo poderoso:

Le doy las gracias infinitamente, por prolongarme la vida, me ha mostrado misericordia al permitir conocerlo y saber que me ama.

*¡Gracias amoroso padre celestial Jehová! ¡Bendito sea tu santo nombre, rey de la eternidad!
¡Gracias por permitirme concluir con este trabajo!*

A mis hijos María Esther, Brenda Coral, Edgar Iván y Laura Kristal:

Que el modelo que les he transmitido sea para ser mejores hijos, mejores padres. Que las debilidades y las fortalezas los hagan seres humanos humildes, amorosos y comprensivos. Los amare por siempre con sus cualidades y defectos. Le doy gracias a Dios por bendecirme con hijos como ustedes.

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 4
1.- Objetivos.....	Pág. 5
2.- Justificación.....	Pág. 6
3.- Metodología.....	Pág. 7
4.- Marco teórico.....	Pág. 10
4.1. Proceso atención enfermería.....	Pág. 10
4.1.1 Concepto.....	Pág. 11
4.1.2. Características.....	Pág. 12
4.1.3. Etapas.....	Pág. 14
4.1.3.1. La valoración.....	Pág. 15
4.1.3.2 La observación.....	Pág. 16
4.1.3.3 Entrevista.....	Pág. 17
4.1.4. Historia clínica de enfermería.....	Pág. 18
4.1.4.1 Resumen clínico.....	Pág. 18
4.1.5 Diagnóstico de enfermería.....	Pág. 18
4.1.6 Definiciones de diagnóstico de enfermería.....	Pág. 19
4.1.7. Finalidad del diagnóstico de enfermería.....	Pág. 20
4.1.8 clasificación de los diagnósticos de enfermería.....	Pág. 21
4.1.9 Diagnósticos de enfermería (NANDA).....	Pág. 25
4.1.10Planeación.....	Pág. 30
4.1.11 Ejecución.....	Pág. 32
4.1.12 Evaluación.....	Pág. 33
4.1.13 Conceptualización de un modelo.....	Pág. 34
4.1.14 Funciones de enfermería.....	Pág. 34
4.2 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.....	Pág. 37
4.2.1 Órganos genitales externos.....	Pág. 37
4.2.2 Órganos genitales internos.....	Pág. 38
4.3Miomatosisuterina.....	Pág. 40
4.3.1 Definición.....	Pág. 40
4.3.2 Etiología.....	Pág. 40
4.3.3 Cuadro clínico.....	Pág. 42
4.3.4 Diagnóstico.....	Pág. 43
4.3.5 Tratamiento.....	Pág. 45
5.-Proceso y valoración de enfermería.....	Pág. 46
5.1 Ficha de identificación.....	Pág. 46

5.2 Valoración de necesidades humanas básicas.....	Pág. 46
6.-Historia clínica de enfermería.....	Pág. 53
7.- Diagnóstico de enfermería y planes de cuidado.....	Pág. 55
8.- Plan de alta.....	Pág. 69
9.-Conclusiones.....	Pág. 71
10.- Bibliografía.....	Pág. 75

INTRODUCCIÓN

Por muchos años la enfermería, fue considerada y reconocida como una actividad realizada por personas no profesionales, en nuestro país, a la llegada de los españoles fue el inicio de las actividades dirigidas a la atención de los enfermos, no existían escuelas ni mucho menos universidades para que las enfermeras tuvieran una preparación académica, se consideraban a estas personas incapaces de asistir a una universidad, y sólo se les conocía como ayudantes del médico.

La profesionalización de la enfermería inicio al comienzo del siglo XX, se instituyo el programa de conocimientos técnicos y prácticos debido a los cambios que presentaba el país y a las necesidades que requería la población en cuestión de salud. La formación de las enfermeras y parteras inicio en el año de 1935, a nivel teórico y práctico con duración de tres años; la escuela de enfermería se independizo de la facultad de medicina y se determinó que las enfermeras y parteras deberían tener un titulo y cédula profesional. Actualmente siguen estudiando las nuevas generaciones al grado de convertir de una carrera técnica a una licenciatura a nivel internacional, los conocimientos adquiridos son convertidos en ciencia, para que la licenciada en enfermería sea un profesional humanista y científico, con ello pretendemos cautivar a las nuevas generaciones para que encuentren en la enfermería una posibilidad de crecimiento y de realización humana.

Dentro de los apartados del Proceso Atención de Enfermería (PAE) se encuentran los objetivos, la justificación, la metodología, el marco teórico que lo describen, y las etapas que lo integran. Así mismo el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, así como la fisiopatología de la histerectomía, continuando con la historia clínica, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, conclusiones, anexos y bibliografía.

La aplicación del siguiente PAE se realizó en una persona con diagnóstico de “Miomatosis uterina e histerectomía total abdominal”. El procedimiento quirúrgico se realizó en una persona de 48 años, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Dr. José G. Parres” de Cuernavaca, Morelos.

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería (PAE) con el modelo conceptual de Virginia Henderson a una mujer con diagnóstico de: Miomatosis uterina e histerectomía total abdominal en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general “José G. Parres” en Cuernavaca, Morelos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Integrar conocimientos de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino con relación a la Miomatosis uterina.
- Proporcionar atención de enfermería de calidad a la persona con ayuda psicológica, humanitaria y espiritual.
- Adquirir la habilidad para realizar un diagnóstico de enfermería a través de la detección de necesidades personales como el establecimiento de prioridades de la persona.
- Aplicar Proceso Atención de Enfermería (PAE) para su completo restablecimiento de la persona en los ámbitos personal, familiar y social.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermera como profesional y especialista en los servicios de salud, debe compartir el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable. Con su método científico, procedimientos y capacidad en diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan a las necesidades humanas fundamentales.

La realización de un Proceso Atención de Enfermería (PAE), es encauzar a la enfermera en una etapa de formación integral, con conocimientos teóricos y científicos en la planeación de la atención a las personas.

Cada enfermera se identifica por su ética profesional y vocación para otorgar un servicio de calidad y calidez hacia la población.

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE), pone en práctica las disciplinas establecidas dentro de la formación de Enfermería y es a su vez una herramienta, donde se integra el proceso de enseñanza-aprendizaje, en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del Modelo de Virginia Henderson. Debido a su trascendencia y su alto impacto en enfermería, con enfoque integral del cuidado, centrado en la respuesta de la persona con relación a su entorno inmediato, dando como resultado un estado óptimo de salud.

Para la elaboración del presente Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una persona del servicio de gineco-obstetricia con diagnóstico de miomatosis uterina e histerectomía total abdominal, con el modelo de Virginia Henderson, fue necesario seguir toda una metodología que me permitió como pasante de la licenciatura en enfermería concluir con éxito el siguiente trabajo con fines de titulación.

Fue necesario asistir a diversas asesorías para revisiones periódicas en elaboración de este trabajo con la Mtra. Luz María Araceli Jiménez Pérez.

3. METODOLOGIA

Para poder realizar este PAE me apoye en la teoría de Virginia Henderson, la cual establece una serie de conceptos que permiten al gremio de enfermería ubicar en cada situación de la práctica, los elementos del paradigma que son: persona, salud, entorno y enfermería.

El modelo de las 14 necesidades humanas desarrollado por Virginia Henderson nos habla de “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y recuperación o tener una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la capacidad, voluntad y los conocimientos necesarios. Proporcionarle la ayuda para lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. Por lo tanto la enfermera es dueña de su atención.

Para Virginia Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la realiza sola, sino que forma parte del equipo sanitario. Actúa independientemente de la medicina. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. Tiene la capacidad de hacer frente tanto a las nuevas necesidades de salud pública, como a evaluar las necesidades humanas.

Sus principales elementos son:

SALUD: Es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y psicológico.

ENTORNO: Son todas las condiciones externas que influyen en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano.

PERSONA: Es un ser bio-psico-social, es decir, que la persona es una estructura biológica, además de psicológica, que es lo que define a la persona como ser integral.

NECESIDADES: Es el objetivo de los cuidados de enfermería que son integrales (bio-psico-social) e individualizados.

Para la elaboración de este trabajo elegí como persona la C. VAGM, de 48 años de edad, con un diagnóstico de Histerectomía total abdominal causada por: miomatosis uterina, durante mi servicio en turno matutino en el mes de enero de 2011, en el área de gineco-obstetricia del hospital general “Dr:José G. Parres” ubicado en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

PRIMERA ETAPA

VALORACIÓN: El PAE incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud de la persona y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería. La información se puede obtener por diferentes fuentes: las más comunes son la recolección de datos a través de la interrogación por medio de la entrevista con la persona y/o familiares, así como la exploración física de la persona.

SEGUNDA ETAPA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Durante las etapas se deben ordenar todos los datos para la identificación de los problemas y/o necesidades que serán la base de la planeación y de los cuidados. Se tomara el modelo de Virginia Henderson para la detección de las necesidades y la clasificación autorizada de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), para sustentar y elaborar los diagnósticos de enfermería.

TERCERA ETAPA

PLANEACIÓN: Se efectúa recabando y evaluando datos. Una vez identificadas las necesidades de la persona, deben de clasificarse en orden de prioridad para establecer la distribución del trabajo de enfermería, y elaborar los objetivos que deberán de ser claros y bien delimitados en tiempo y espacio.

CUARTA ETAPA

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

QUINTA ETAPA

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

VALORACIÓN CON NECESIDADES HUMANAS BASICAS DEVIRGINIA HENDERSON

1°.-	Respirar con normalidad.
2°.-	Comer y beber adecuadamente.
3°.-	Eliminar desechos del organismo.
4°.-	Movimientos y mantenimiento de una postura adecuada.
5°.-	Descansar y dormir.
6°.-	Seleccionar vestimenta adecuada.
7°.-	Mantener la temperatura corporal adecuada.
8°.-	Mantener la higiene corporal.
9°.-	Evitar los peligros del entorno.
10°.-	Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11°.-	Ejecutar culto a Dios, acorde con la religión.
12°.-	Dar a conocer los procedimientos y tratamientos a la persona respetando su individualidad.
13°.-	Participar en las actividades de recreación.
14°.-	Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

4. MARCO TEORICO

4.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió en 1858 que el objetivo real de la enfermera es mantener a la persona en el mejor estado de salud, para que la naturaleza actué sobre ella; quería que se sintiera lo más cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del médico.¹

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

“Diversas materias han evolucionado para cubrir las necesidades de la persona (fisioterapia, asistencia social, dietética etc.). El papel de la enfermera en la ejecución de estas acciones auxiliares, han pasado de ser proveedora a ser coordinadoras”.²

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos de enfermería para resolver los problemas de la persona y el método para lograrlo es el Proceso de Atención de Enfermería.

¹Patricialyer W., et. al., *Proceso de enfermería y diagnostico de enfermería*, p. 1.

²*Ibíd.*, p 2-30.

4.1.1 CONCEPTO

Antes de utilizar el proceso de enfermería, se empleó el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identificó la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de enfermería, como un instrumento, herramienta o método para la práctica, presentado en el año 1961 por Ida Jean Orlando, el cual ha sido el modelo predominante en la clínica de enfermería desde hace más de 50 años y es uno de los temas por considerar, así como el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

El proceso atención de enfermería es un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación de las necesidades de la persona y el tratamiento de las alteraciones de salud reales o potenciales.

Por medio del proceso de enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería.

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) es ajena a los demás, por el contrario se alimentan continuamente. Estas permiten la humanización e integralidad de los cuidados, pues tiene en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El proceso de enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados y la satisfacción y el proceso de la persona.

Yura y Walsh establecieron las cuatro acciones de enfermería: valoración, planificación, realización y evaluación. También mencionan que el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería y mantener el bienestar de la persona a nivel óptimo: Y si este estado se altera, promover entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para establecer su bienestar si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida de la persona, al aumentar al máximo sus conocimientos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. ³

³Ibíd., p 2-30.

4.1.2 CARACTERISTICAS

El proceso de enfermería tiene 6 características: 1) Sistemático, 2) Dinámico, 3) Interactivo, 4) Flexible, 5) Posee una base teórica, 6) Tiene una finalidad.

- **Es sistemático:** Porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, para brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos.
- **Es dinámico:** Porque evoluciona según la respuesta de la persona, lo que amerita un cambio continuo e interactivo, pues se da una influencia reciproca persona-profesional de enfermería, que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.
- **La flexibilidad:** Del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades y el segundo sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Fundamentación teórica:** Por sus numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.
- **Finalidad.** Es desarrollar los códigos del ejercicio de enfermería y realizar estudios sobre el que hacer, comparar resultados y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

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

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

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

El proceso de enfermería hace aportes de la investigación relacionados con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aun no bien definidos y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planos estandarizados entre otros. Así mismo poder calificar el aporte específico que hace en la prestación de los servicios sanitarios, le permite no solo diferenciarse de otros profesionales, si no dar un respaldo y un crédito de la calidad de los servicios que ofrece.

En la educación formal de los profesionales de enfermería, el proceso es un instrumento ideal para orientar los trabajos en la experiencia clínica, organizar el plan de estudios y los contenidos de las asignaturas profesionales. El profesional de enfermería puede ofrecer a las instituciones que lo contratan, valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnostico de problemas de enfermería que puede ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditoria del cuidado que ofrecen.

Si se inicia de los conceptos sobre los diferentes métodos de trabajo y el proceso enfermería y de la reflexión (con una mirada sobre la experiencia en la práctica docente y del cuidado) es necesario buscar referencias que puedan dar una respuesta al dilema, si aplica o no el proceso de enfermería. Es necesario que el profesional de enfermería organice conocimiento y pensamientos, para llevar a cabo las acciones, que requieren el cuidado de los usuarios. Si no se opta por el proceso de enfermería que en la actualidad se dispone, deberá buscarse otro instrumento de trabajo que le permita un método lógico y racional.

Adoptar el proceso de enfermería y no otro modelo permite intercambiar experiencias con profesionales de enfermería de otras latitudes para poner a prueba los resultados logrados, a través de trabajos de investigación y hacer comparaciones lo cual es posible si se comparte un lenguaje universal. Uno de los aspectos que toman en cuenta como obstáculo

para su aplicación es el limitado número de profesionales de enfermería; Sin embargo es importante buscar estrategias para mejorar la estructura de los servicios, no solo cubriendo las necesidades humanas, en cantidad y calidad que exige el cuidado de la salud, se deben aplicar los registros adecuados, al proceso y al diseño de protocolos de atención de enfermería. También se hace necesario, un cambio de actitud de los profesionales de enfermería frente a un ejercicio profesional.

4.1.3 ETAPAS

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada persona es indispensable establecer una serie de pautas, que en conjunto constituye el Proceso Atención de Enfermería. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar de la persona.

Estas etapas pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería, implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos de la persona, no solo desde una dimensión física o biológica, si no desde la perspectiva psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación**. En la etapa de valoración se genera por un lado, la recopilación de datos, el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades de la persona y por otra parte la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global.⁴

⁴BC Long, *et. al.*, *Enfermería médico-quirúrgica*, 3a. ed. Edit. HarcourtBrace, España: Madrid, 2004.

4.1.3.1 LA VALORACIÓN

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

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos, acerca de la persona y que sigue un esquema:

a).- VALORACION INICIAL:

Son los datos que obtiene el personal de enfermería, cuando la persona ingresa por primera vez, en el hospital, facilitando la planificación de los cuidados de enfermería.

b).- VALORACION PROGRESIVA:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recopilados al ingreso de la persona al hospital. Es de suma importancia tener un enfoque planificado y organizado, para la valoración progresiva, como para la valoración inicial.

La etapa inicial del Proceso de Enfermería de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recopilación de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista a la persona así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre la persona, su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.⁵

⁵Marcelo A., Hammerly, *Enciclopedia Médica Moderna*, p. 4.

4.1.3.2 LA OBSERVACIÓN

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

LA AUDICION: Es otro medio principal de la observación, es de vital importancia para la enfermera, escuchar lo que la persona dice. Los sonidos, la sofocación, el jadeo, los sollozos, pueden indicar que la persona esta angustiada. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el latido cardiaco y los ruidos intestinales.

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

EL SENTIDO DEL OLFATO: Puede descubrir características anormales y desagradables como el olor fétido de la herida infectada por debajo del vendaje.

LA OBSERVACION: Es esencial para planear los cuidados de enfermería, es un proceso continuo acompañado de intervenciones minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es la única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con la persona. La observación de la persona es más completa si se realiza de forma ordenada con un estudio céfalo caudal, puede ser útil, pero solo incluye aspectos físicos.

a).- DATOS OBJETIVOS: (SIGNOS) Son los detectados directamente por el personal de enfermería.

b).- DATOS SUBJETIVOS: (SINTOMAS) Son los presentados por la persona y son dignos de tomarse en consideración. La recopilación de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad. Debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención de la persona.⁶

⁶BC Long, *et. al.*, *Enfermería médico-quirúrgica*, p. 14-15.

4.1.3.3 ENTREVISTA

La entrevista es una técnica de observación minuciosa, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación, intencionada que va dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar a la persona a que exprese sus ideas, inquietudes, angustias, preocupaciones y hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas a corto o largo plazo. Se dedica a la persona y estimula a que reconozca sus necesidades y metas, con esto la enfermera, le proporciona a la persona la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades. La información el tiempo necesario, obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería, es importante conceder, el tiempo necesario, a fin de identificar las necesidades de salud que tiene la persona. La enfermera debe de informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes, en los registros de salud tan pronto como le sea posible.

Las preguntas deben ser planeadas, planteadas de forma clara y precisa que fluyan con facilidad y evitar actitudes impropias, así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda a la persona la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente animándola a emitir sus sentimientos y preocupaciones

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

- a).- Aportaciones familiares, e integrantes del entorno de la persona. (Datos indispensables en ciertos servicios como: Pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b).- Historia clínica actual o alguna realizada anteriormente.
- c).- Informes derivados de los demás miembros de salud.
- d)- Disponer y contar con material bibliográfico. La recopilación de datos debe ser continua mientras persiste la relación con la persona.⁷

⁷ García Albarrán *et. al.*, *El proceso Atención de enfermería.*

4.1.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca de la persona, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales, para planear y ejecutar los cuidados de enfermería. El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución. Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información, dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades del individuo, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en cada servicio de especialidad. La persona y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que la persona sabe de su enfermedad, sus pensamientos y sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amistades.

4.1.4.1 RESUMEN CLÍNICO

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

4.1.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Florencia Nightingale quien describe el propósito de enfermería como: "Poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre ella". El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, indicando la posibilidad de formular un diagnóstico de enfermería tras las observaciones de cinco áreas de la persona:

1. Tratamiento y medicación.
2. Higiene personal.
3. Necesidades ambientales.
4. Guía y enseñanza
5. Necesidades humanas y personales.

Todo esto para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados para el beneficio de la persona.

Importancia en el Diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas.

El Diagnóstico de Enfermería, debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las enfermeras a investigar, por lo que desde 1980, las investigaciones sobre diagnóstico de Enfermería han aumentado considerablemente. Actualmente también en las escuelas se está exigiendo que los estudiantes piensen de forma crítica, ambiciosa, antes de asumir simplemente el porqué un cliente/persona tenga un determinado diagnóstico médico y que acciones de enfermería son necesarias poner en práctica.

Funciones que realiza la **NANDA** (antes llamada *North American Nursing Diagnosis Association*) desde 1973:

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

4.1.6 DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- 1.- Una función independiente de la enfermería, es una evaluación de las respuestas personales de la persona, a sus experiencias humanas a lo largo de su ciclo de vida.
- 2.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales, que las enfermeras en virtud de su educación y experiencias están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para proporcionar a la persona una atención de calidad y calidez humana, que la lleve a la recuperación plena de salud física, psicológica y espiritual.

3.- Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado que describe las respuestas humanas (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas, para mantener el estado de salud o para reducir complicaciones o alteraciones en la persona.⁸

Importancia del diagnóstico de enfermería en diferentes áreas

El uso del diagnóstico de enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el diagnóstico médico; así la enfermera, puede asumir de forma completa su rol como administradora de los cuidados de salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de la persona, de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y las necesidades de la persona.

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

El uso de diagnósticos de enfermería, puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes no se tomaban en cuenta o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos, con la esperanza de que las enfermeras y sobre todo la persona obtengan la recompensa, de que su estado de salud presente mejoría.⁹

4.1.7 FINALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Determinar con la mayor claridad posible y de forma precisa, el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería como punto prioritario, para establecer la situación y las

⁸Manuel Carpenito, *Manual de Diagnostico de Enfermería*, p. 9-11.

⁹*Ibíd.*, p. 24.

necesidades de la persona y poner en práctica los cuidados de enfermería más oportunos. La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores, que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el cliente/persona o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales sean signos o síntomas, visibles o no visibles. Para ello se tiene que considerar atentamente: Hechos, comportamientos, signos y síntomas y determinar el grado de autonomía de la persona, investigar las causas que provocan las dificultades que presenta la persona, establecer prioridades, y prevenir posibles complicaciones.¹⁰

Se debe de tener presente que todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de enfermería.¹¹

Problema interdependiente

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

4.1.8 CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

a).- *DIAGNOSTICO REAL*: Es la información que reúne todos los datos, que se requieren para confirmar su existencia, es decir que están presentes los signos y síntomas.

b).- *DIAGNOSTICO POTENCIAL*: Es el diagnóstico en el cual los signos y síntomas no están presentes en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo, en el que pueden aparecer en un momento posterior.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 25.

¹¹ Ma. de Jesús García, *El proceso de enfermería y el método de Virginia Henderson*, p. 33.

c).- *DIAGNOSTICO POSIBLE*: Se da esta categoría cuando los datos recopilados en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente la sintomatología, pero faltan datos para confirmarla o descartar el diagnóstico o patología.¹²

COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS: Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

1.- *ETIQUETA DE DIAGNÓSTICO O NOMBRE*: Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema, alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

2.- *DEFINICIÓN*: Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas; alteración en el mantenimiento de la salud, se define como incapacidad, para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.¹³

3.- *CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS*: Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puedan indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia. Estas son clasificadas en mayores y menores de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y el 79% de los casos estudiados y podrán considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

4.- *FACTORES RELACIONADOS*: Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

- 1.- Antecedentes de...
- 2.- Asociación con...
- 3.-Relacionado con...
- 4.- Contribuyente a...
- 5.- Provocado...

¹² *Ibíd.*, p. 31-33.

¹³ Carmen Fernández Fermín, et. al., *Proceso Atención enfermería*.

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL, no existen características definitorias y los factores relacionados se les denominan FACTORES DE RIESGO.¹¹

Bases para la formulación de diagnósticos

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

- 1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un Diagnóstico Real, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.
- 2.- Si el diagnóstico identificado se define como un diagnóstico potencial, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica, precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.
- 3.- En el caso de que consideremos un diagnóstico posible la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente.¹⁴

Pasos para elaborar el Diagnóstico de Enfermería

1.- Análisis de datos:

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

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

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

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre sí.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 41-58.

b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.

c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta la persona.

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

4.- Identificación de capacidades:

a) Pregunte a la persona y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.

b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.

c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.

d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

Normas para describir diagnósticos de enfermería:

1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.

2.- Utilizar "relacionado/a, con".

3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista legal.

4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.

5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.

6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.

7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.

8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.

9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.

10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.¹⁵

Problema de Salud.	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar. ¹⁶

4.1.9 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

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

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.¹⁷

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

01. RESPIRAR.

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

¹⁵ Manuel Carpenito, *o. cit.*, p. 36.

¹⁶ María de Jesús García, *o. cit.*, p. 37.

¹⁷ *Enciclopedia Médica Moderna*, *o. cit.*, p. 11-76.

02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

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

03. ELIMINAR.

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

04. MOVERSE.

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

05. DORMIR Y REPOSAR

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

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de auto cuidado: vestido/acicalamiento.

07. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LÍMITES NORMALES.

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

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

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

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.

- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento) especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

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

11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

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

12. PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

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

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar).¹⁸

¹⁸ Margot Phaneuf, *Cuidados de Enfermería: Un proceso de Atención de Enfermería*, p. 93-102.

4.1.10 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería.¹⁹

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

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

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

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

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

Cuando ya se establecen prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas de la persona y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de dependencia.

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

¹⁹ Rosalinda Alfaro, *Aplicación del Proceso de enfermería*, p. 6.

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

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar de la persona y su mejoría, así como las acciones que realiza la persona y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia de la persona.²⁰

²⁰ *Ibíd.*, p. 24.

4.1.11 EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.²¹ Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir a la persona, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

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

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

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

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

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene y prevención de enfermedades).²²

²¹ *Ibíd.*, p. 38.

²² Patricia Iyer W., *o. cit.*, p. 38.

4.1.12 EVALUACIÓN

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

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

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

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

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

En el momento de la evaluación puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.²³

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

²³ Rosalinda Alfaro, *o. cit.*, p. 6.

4.1.13 CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO

Antecedentes

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

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

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

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

4.1.14 Funciones de enfermería

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

Interdependientes: Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

Dependientes: Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes médicas.

De igual forma se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.²⁴

²⁴María de Jesús García, *o. cit.*, p. 48.

Modelo conceptual para enfermería

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

Clasificación:

- 1.- *Modelos empíricos*: Son una representación de la realidad.
- 2.- *Modelos teóricos*: Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.
- 3.- *Modelo de enfermería*: Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

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

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

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

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

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

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

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

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.²⁵

²⁵María de Jesús García, o. *cit.*, p. 24.

4.2 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

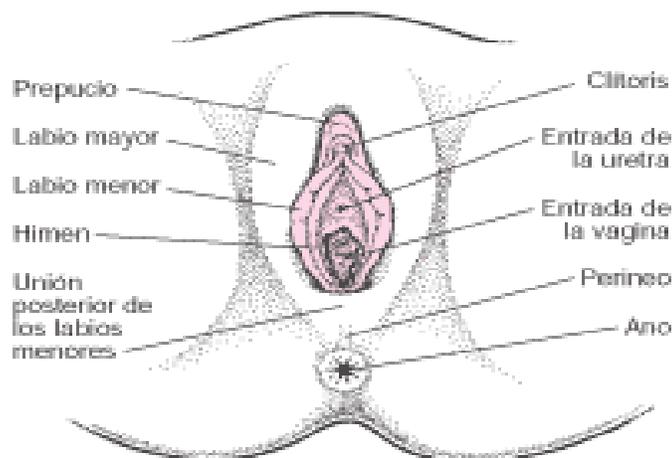
Los órganos genitales internos forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto y acaba en el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

4.2.1 ORGANOS GENITALES EXTERNOS

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

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

Órganos genitales externos de la mujer



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

El orificio vaginal está rodeado por el himen (o membrana virginal). En la mujer virgen, el himen puede cubrir por completo el orificio, pero en general lo rodea como un anillo ajustado. Como el grado de ajuste varía entre las mujeres, el himen puede desgarrarse en el primer intento de mantener una relación sexual o puede ser tan blando y flexible que no se produce desgarro alguno. En una mujer que no es virgen, el himen es como un pequeño apéndice de tejido que rodea el orificio vaginal.²⁶

4.2.2 ORGANOS GENITALES INTERNOS

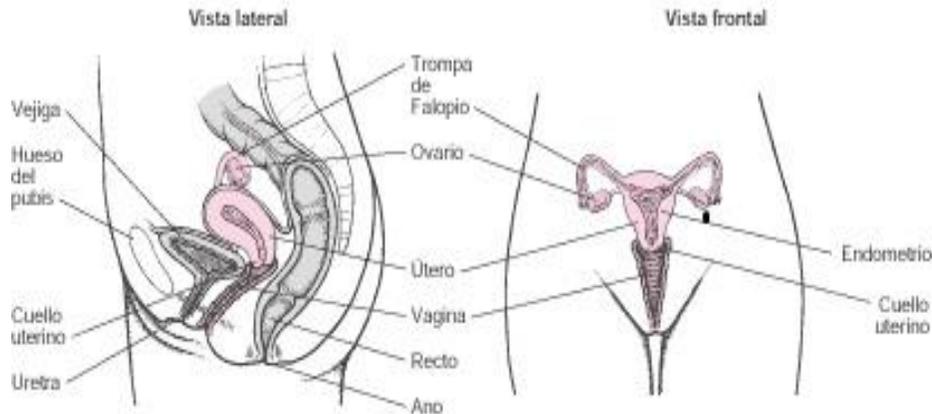
Las paredes anterior y posterior de la vagina normalmente se tocan entre sí, para que no quede espacio en la vagina excepto cuando se dilata, por ejemplo, durante un examen ginecológico o una relación sexual. En la mujer adulta, la cavidad vaginal tiene una longitud de 9 a 12 centímetros. El tercio inferior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

El útero es un órgano con forma de pera situado en la parte superior de la vagina, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás, y está sujeto por seis ligamentos. El útero se divide en dos partes: el cuello uterino o cérvix y el cuerpo principal (el corpus). El cuello uterino, la parte inferior del útero, se abre dentro de la vagina. El útero normalmente está algo doblado hacia delante por la zona donde el cuello se une al cuerpo. Durante los años fértiles, el cuerpo es dos veces más largo que el cuello uterino. El cuerpo es un órgano con abundante musculatura que se agranda para albergar al feto. Sus paredes musculares se contraen durante el parto para impulsar al bebé hacia fuera por el fibroso cuello uterino y la vagina.²⁷

²⁶ Catherine Parker, *et. al.*, *Anatomía y Fisiología*, p. 287.

²⁷ Catherine Parker, *et. al.*, *op. cit.*, p. 287.

Órganos genitales femeninos internos



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

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

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

4.3 MIOMATOSIS UTERINA

4.3.1 Definición

Los miomas son tumores benignos formados con estrógeno-dependientes que se originan del músculo liso uterino y contienen elementos conectivos fibrosos. La denominación correcta es la de leiomioma aunque también se designan con los nombres de mioma, fibroma, fibro-mioma y fibroide. Pueden presentar diferentes tamaños y ser únicos o más frecuentemente múltiples.

4.3.2 Etiología

Básicamente se acepta que el mioma es una tumoración derivada de la fibra muscular lisa del útero, generalmente encapsulada, rica en colágeno y que rara vez se transforma en un leiomiosarcoma.

Se cree que son causados por una excesiva estimulación de los estrógenos (hormonas que se producen en los ovarios), que actúan sobre una o varias células de las fibras musculares del útero, susceptibles a responder en forma exagerada, dando lugar a la proliferación desmedida y la formación de tumores.

Es un tumor estrógeno-dependiente, ya que crece durante la edad reproductiva y en ocasiones revierte o disminuye en la menopausia cuando ya no hay el estímulo estrogénico.

A diferencia del cáncer, su crecimiento está limitado a un solo órgano (útero) y no tiene la capacidad de liberar células que al ser transportadas por la corriente sanguínea o linfática, darían lugar al desarrollo de tumores en otros órganos distantes, desarrollando metástasis.

Factores de riesgo:

Edad: Es más frecuente durante la 4ª y 5ª décadas de la vida (30 a 49 años) ya que es en esta etapa en la que hay mayor tiempo de exposición a un estímulo estrogénico.

Paridad: Mientras más embarazos a término, menor frecuencia de miomatosis. Esto probablemente se deba al efecto protector de la hormona progesterona que se mantiene elevada durante el embarazo. De ahí que sea frecuente observar miomatosis en mujeres con esterilidad, que han retrasado la edad de su primer embarazo o en las que no han deseado tener hijos. Si existe un embarazo, hay que valorar con mucho cuidado el crecimiento y localización de los fibromas, por la posible alteración que pueda producir en la madre o el feto.

Obesidad: Por cada 10 kg. de exceso de peso, aumenta el riesgo de padecer miomatosis en un 21%, ya que el tejido adiposo produce una hormona semejante a los estrógenos (estroma), que pudiera estimular el desarrollo de los miomas.

Factores de protección:

Multiparidad: A mayor número de hijos, menores probabilidades de presentar miomatosis uterina.

4.3.3 Cuadro clínico

Dependerá en gran medida de la localización, tamaño y número de los miomas:

- **Miomas subserosos:** Su sintomatología se relaciona con la compresión a órganos vecinos. Si comprimen la vejiga, pueden dar síntomas de infección urinaria (ardor al orinar, micción frecuente y en poca cantidad, o incluso incapacidad para contener la orina. Si comprimen al intestino grueso podrán ocasionar constipación, colitis, dolor durante la evacuación o incluso oclusión intestinal. La compresión sobre las arterias o venas de la pelvis condicionará el desarrollo de varicosidades, inflamación de miembros inferiores o sensación de dolor y de pesantez en las piernas.
- **Miomas intramurales:** Interfieren con la contractilidad uterina, comprimen los plexos venosos y arteriales y a la larga, condicionan la presencia de menstruaciones prolongadas y abundantes, sangrado ínter menstrual y dolor durante la menstruación, además de estar relacionados en muchos casos con esterilidad.
- **Miomas submucosos:** Deforman el interior de la cavidad uterina y son los que con mayor frecuencia ocasionan aumento en el sangrado menstrual (híper-poli menorrea) además de cólicos. Son un importante factor causal de esterilidad y pueden crecer tanto que salen a través del cuello uterino (miomas abortados).

Síntomas:

1) Cambios en el sangrado menstrual.

- Mayor cantidad de sangrado.
- Mayor duración de sangrado.

2) Dolor a la menstruación.

- Sangrado en momentos no menstruales.
- Anemia.

3) Dolor.

- Pelvis o parte baja de la espalda.
- Dispareunia (dolor a la relación sexual).

4) Opresión.

- Dificultad para iniciar micción, miccionar frecuentemente en pequeñas cantidades.
- Estreñimiento o/y opresión rectal.

5) Fertilidad.

- Esterilidad.
- Pérdidas fetales.

4.3.4 Diagnóstico

Se detectan en primer lugar por las molestias que ocasionan, principalmente aquéllas relacionadas con sangrado menstrual excesivo, dolor pélvico y sensación de pesantez.

La exploración bimanual clínica, es el segundo paso para realizar un diagnóstico adecuado, observándose o detectándose un crecimiento uterino exagerado o la delimitación de la tumoración. De ahí la importancia de que la persona haya vaciado la vejiga antes de la exploración y de que se encuentre en una posición cómoda, con los músculos abdominales completamente relajados, para permitir un examen adecuado.

Siempre que se sospeche la presencia de miomas, está indicada la realización de un ultrasonido pélvico, lo que permitirá determinar las dimensiones del útero, así como el número, localización, tamaño y relación del (o los) miomas con órganos cercanos.

Si después de los puntos anteriores existe alguna duda diagnóstica, se podrá recurrir a otros estudios de gabinete como son: histerosalpingografía, tomografía axial computarizada, y realizar diagnóstico diferencial con algún otro tipo de tumor benigno o maligno de la cavidad abdominal.

El uso de eficaces técnicas de imagen:

- **Ultrasonidos:** Sirven para clarificar la naturaleza de la masa pélvica y permiten, con una seguridad del 80%, el diagnóstico diferencial con una gestación, masa ovárica, o mioma subserosossólido. Las dificultades surgen en la diferenciación entre el mioma pediculado y el tumor ovárico sólido.
- **La ultrasonografía transvaginal (USV)** nos ayuda a diferenciar e identificar pequeños miomas intramurales; los submucosos suelen ser más fácilmente diagnosticados por esta vía vaginal.

Los miomas se observan en la ultrasonografía como defectos ecodensos dentro del miometrio, típicamente tan densos que provocan una sombra distal.

Dado que la USV solamente puede penetrar 5 cm. más allá del transductor, los miomas superiores a esta distancia se detectarán mejor por ultrasonografía abdominal (USA).

Además, la USV ofrece la ventaja de visualizar la relación del mioma con la cavidad endometrial; de esto se desprende la justificación de su utilización.

En la era de la ultrasonografía, ya no es adecuado extirpar miomas sintomáticos con base a criterios dimensionales, puesto que se puede vigilar el crecimiento y observar bien.

La sensibilidad y especificidad del diagnóstico de los miomas submucosos mediante USV es cercana al 90% de exitosa, por lo que es indispensable antes de la extirpación histeroscópica de los mismos.

- **Resonancia magnética nuclear:** Es de considerable valor en la demostración de la naturaleza de la masa pélvica, aunque la técnica es muy costosa y no ampliamente eficaz, comparada con los ultrasonidos; es más exacta para predecir las características histológicas de un tumor. Es útil para la investigación o en casos de dificultades diagnósticas por su alto nivel de exactitud, pero no es necesaria en el manejo rutinario de los miomas.
- **Laparoscopia:** Su uso es de valor en el caso de miomas de no más allá de 12 semanas de tamaño, asociado o no a la infertilidad o dolor pélvico; además, puede revelar la existencia concomitante de una endometriosis, adherencias pélvicas u otra patología tubárica.

En caso de duda por ultrasonografía, nos diferenciará un mioma pediculado de una masa anexial sólida y nos facilitará la posibilidad de extirpar pequeños miomas.

- **Histerosalpingografía e histeroscopia:** Uno de estos dos procedimientos debe realizarse en casos de abortos de repetición. La visualización de miomas submucosos, investigando su tamaño y localización, nos puede orientar en cuanto a una dificultad de implantación ovular, o que sobrepase los límites del ostium tubárico causando obstrucción.

Sin embargo, su uso no es adecuado en casos de hemorragias asociadas a grandes miomas, en donde se efectuará una histerectomía o miomectomía.

4.3.5 Tratamiento

El tratamiento dependerá de la sintomatología que la persona presente, del tamaño, localización y número de miomas que tenga y, de cada caso en particular. De acuerdo a lo anterior, se decidirá el manejo siguiente:

- **Miomectomía:** Consiste en la resección únicamente de los miomas a través de una incisión en la pared abdominal (si son tumores de gran tamaño) o mediante cirugía de mínima invasión como lo es la laparoscopia. Esta miomectomía se indica siempre que la paciente tenga deseos de embarazos futuros y sea menor de 35 años.
- **Histerectomía:** Es la extirpación total del útero, también a través de una incisión abdominal o por cirugía laparoscópica. Será el procedimiento de elección en aquéllas que no deseen tener más hijos, que esté cercana al inicio de la menopausia o si el crecimiento tumoral ha sido muy acelerado.
- **Tratamiento Hormonal:** Se pueden utilizar hormonas inhibidoras de la producción de estrógenos en forma reservada o si existe alguna contraindicación para realizar los procedimientos anteriores, también se utilizan si se desea disminuir el tamaño de los tumores previo a la cirugía o si coexiste endometriosis severa. El éxito del tratamiento médico-hormonal es menor del 10% de efectivo.

5. PROCESO Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: V.A.G.M.

Sexo: Femenino.

Edad: 48 años.

Fecha de Nacimiento: 28 de Octubre 1962.

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

Dx: Miomatosis uterina.

Cx: Histerectomía Abdominal Total

Ocupación: Hogar

Escolaridad: 5° año de primaria.

Fecha de admisión: 07/01/2011 Fuente: Primaria

5.2 Valoración de necesidades humanas básicas

1.- OXIGENACION

¿Este bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? No.

¿Fuma usted? Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? De 5 a 10 cigarros.

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Si.

¿Ha tenido dificultades respiratorias? Ocasionalmente.

¿Necesito algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital? No.

Registro de signos vitales:

FR: 24x´

T/A: 100/70 mm Hg

Estado de conciencia: Consciente y tranquila.

Coloración de piel: Pálida.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

No. de comidas: 3 al día.

¿Come a horas regulares? No.

¿Sigue una dieta especial? No.

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? No.

¿Problemas de masticación o deglución ?De masticación debido a prótesis dental.

Cantidad de líquidos ingeridos en el día: 2 litros de agua natural.

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí.

¿Qué tipo de bebida alcohólica y con qué frecuencia las consume? Cerveza, diario desde hace 4 años.

Membranas mucosas: Secas.

Características personales:

Uñas: Pálidas.

Cabello: Delgado y seco.

Aspecto de encías: Inflamación.

Otras manifestaciones: Émesis después de cada alimento.

Piel: Presencia de tatuajes.

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

3.- ELIMINACION

Hábitos intestinales: Evacuación 1 vez por día.

¿Ingiere laxantes? No.

Micción: Con dolor: Si

Menstruación: Desde hace 1 año son prolongadas, continuas abundantes

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante? Si.

¿Por secreciones vaginales? Si.

Abdomen:

Características: Blando y globoso.

Genitales: Sin alteraciones.

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

¿Qué deporte o actividad física practica? Correr, realiza aeróbics y ejercicio en bicicleta.

Actividad en su tiempo libre: Escuchar música y ver televisión

¿Da algún paseo fuera de su casa? Sí, camina.

¿Ayuda ambulatoria? Después del procedimiento quirúrgico necesita apoyo ambulatorio de otra persona.

Dolor con el movimiento: Si, posterior al tratamiento quirúrgico.

Estado del sistema nervioso central: Intolerancia al dolor.

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Hábitos que favorecen el sueño: Escucha música para dormir esporádicamente.

Horas de descanso: De 4 a 6 hrs.

¿Padece insomnio? Frecuentemente.

¿Cuáles son las causas? Estrés, preocupaciones, problemas y estado de salud no adecuado.

¿Siente cansancio al levantarse? A veces.

¿Cómo lo manifiesta? Con somnolencia y cansancio.

¿Utiliza técnicas de relajación? No.

Estado psicológico: Presenta un cuadro de ansiedad y estrés.

Lenguaje: Claro y fluido.

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No.

7.- TERMORREGULACION

La casa que habita es: Caliente.

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? Siempre.

¿Es sensible a los cambios de temperatura? Si.

Cuando cree que tiene fiebre, ¿Usa termómetro? No.

Temperatura corporal actual: 36.5°C.

Transpiración: Si.

8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Frecuencia de aseo personal: Baño diario.

Horario: Por la tarde.

Aseo dental: tres veces al día.

Prótesis dentales: Si, parcial, corona maxilar superior e inferior izquierda.

¿Cuándo fue su última visita al dentista? Hace 2 meses.

Aseo de manos: Antes de preparar alimentos, antes de comer y después de ir al baño.

Presencia de lesiones dérmicas: Si, tatuajes.

9.- EVITAR PELIGROS

Alergias: Ninguna.

Automedicación: No.

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida? Se estresa y se angustia.

¿Busca solución inmediata? No.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado civil: Unión libre.

Años de relación: 5 años.

Vive con su pareja: Si.

Preocupaciones actuales: Sus padecimientos.

¿Cuánto tiempo tiene de vivir en su domicilio actual? 2 años.

¿Cómo son sus relaciones con las personas de su comunidad? Buenas.

¿Tiene amigas o familiares en las que confíe? Si.

¿Cuánto tiempo pasa sola? 8 a 10 hrs.

Usa lentes: Si, a veces cuando leo algún libro o verifico indicaciones médicas.

¿Cómo evalúa su percepción de los sonidos? Buena.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Tipo de religión: Estudiante de la biblia.

Conflictos con respecto a sus creencias: No.

Principales valores en su familia: Respeto y comunicación.

Principales valores en su persona: Amor por su vida.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? No.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

¿Trabaja actualmente? No.

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega? No.

Estado emocional: Ansioso, enfadado, irritable e inquieto.

¿Está satisfecha con su vida sexual actual? Sí.

¿Siente usted que ha perdido algo de su cuerpo? Sí.

¿Cree usted que ya no es la misma? Sí.

13.- NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

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

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? Si.

¿De qué tipo? Una cancha de básquetbol y fútbol.

Pasatiempo favorito: Ver televisión

Rechaza actividades recreativas: No.

Estado de ánimo: Apático e indiferente.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación: 5° primaria.

Problemas de aprendizaje: Económicos, apatía e indiferencia.

Preferencia entre leer y escribir: Leer.

Interés por utilizar fuentes de apoyo para el aprendizaje: No.

Interés por aprender a resolver problemas de salud: Si.

6. Historia Clínica de Enfermería

07/enero /2011 13:10hrs.

Persona: V.A.G.M.

Sexo: Femenino

Edad: 48 Años.

Talla: 1.59 Cm.

Peso: 63.500 kg

T/A: 100/70mm. Hg.

FC: 80 x´

FR: 20 x´

Temperatura: 36.7°C

Tipo de ingreso: Programado.

Alergias: (-)

Femenino, 48 años, estado civil: unión libre, escolaridad: 5° año de primaria, religión: Estudiante de la biblia. Ocupación: ama de casa, domicilio: Calle Felicidad #63, Col. Paraíso, Tejalpa. Municipio de Jiutepec, Morelos.

AHF: Padre, madre y hermano con DM e hipertensión arterial, resto interrogados y negados.

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación
E.V.B.	Padre	74	3° primaria	Artesano
R.A.V.	Madre	65	Primaria	Hogar
J.C.H.G.	Pareja	43	Bachillerato	Empleado

APNP: Habita casa construida de concreto, con los servicios básicos intra domiciliarios, hábitos higiénicos regulares, dietéticos regulares, toxicomanías positivas a razón de cinco a 10 cigarros por día desde hace ocho años, zoonosis positiva a razón de varias aves, en el domicilio, pareja de oficio hojalatero de 43 de edad.

APP: Presento crisis convulsivas a los 12 años, por lo cual estuvo en tratamiento por dos años con fármaco Epamin, refiere haber suspendido dicho tratamiento por no haber presentado nuevas crisis convulsivas.

A los 17 años es intervenida quirúrgicamente con una colecistectomía. En el año de 1979 se le practica la primera cesárea y seis años después se le realiza una segunda cesárea donde la persona refiere haber presentado una crisis convulsiva.

En noviembre de 2010 la persona informa que se le detecto VIH hace dos años, siestá recibiendo tratamiento: Retrovirales presenta 5 tatuajes (en brazo y pierna derecha, mano y pierna izquierda) desde hace 20 años.

Antecedentes Gineco-obtetricos (AGO): Menarca a los 12 años, ritmo 30x5, IVSA (Inicio Vida Sexual Activa) a los 19 años con tres parejas sexuales, G2; C2; con peso del producto más grande de 3.500 kg, realizándose OTB (Oclusión Tubaria Bilateral) utilizando la cirugía como MPF. FPC: 25/Noviembre/1979; FUC: 28/Abril/1985 presento una crisis convulsiva en la última cesaría. FUM: No la recuerda, debido a frecuentes y abundantes sangrados. FUPAP: hace dos años aparentemente negativo a cáncer cervicouterino. Tipo sanguíneo: O Rh: positivo. Atendida anteriormente por el servicio de Ginecología del Hospital Gral. “ Dr. José G. Parres “ diagnosticándole “Miomatosis Uterina”

Padecimiento Actual (PA): Femenino de 48 años, que inicia su padecimiento actual desde hace 9 meses, presentado sangrado de diversa intensidad, que no cede hasta el momento, presentando, además, dolor abdominal tipo cólico de moderada a severa intensidad, no incapacitante, sin irradiaciones, sin predominio de horario, que no cede ante medicamentos, refiere también fiebre de predominio nocturno, esporádica que normalmente se acompaña de episodios intenso de dolor, desde hace 4 meses presenta secreción negruzca en ambos pezones, realizándose mamografía que reporta quistes a decir de la persona, (no se cuenta con reporte de estudios realizados).

Estado Físico Actual (EFA): Persona tranquila, orientada, pálida, cabeza y cuello sin alteraciones, sonidos cardio-respiratorios sin compromiso, mamas simétricas, con cambios fibroquísticos, no se palpa tumoraciones delimitadas con secreción de material negruzco espeso en ambos pezones ante la presión, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con lesión paular en cuadrante inferior derecho no dolorosa, bien delimitada, abdomen doloroso a la palpación media y profunda principalmente en cuadrante inferior derecho, perístalsis presente, útero crecido, sangrado transvaginal de regular cantidad. Extremidad superior derecha a la altura del hombro presenta tatuaje en forma de “hacha”, brazo izquierdo en mano en el dedo índice en cara anterior un tatuaje en forma de “J” y una “M” en el dedo pulgar, pierna derecha con tatuaje con forma de “escorpión” y pierna izquierda con tatuaje con forma de una “rosa”. Presenta cuatro lesiones papulares en cara interna del muslo izquierdo, alineadas, bien delimitadas, no dolorosas, sin datos de edema y/o restos normales.

Dx: Miomatosis Uterina

PLAN: Soluciones, Estudios laboratorios, Ultrasonografía, Vigilancia de Sangrado.

7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANES DE CUIDADO

Necesidad alterada: Oxigenación.

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

Objetivos:

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

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Colocar a la persona en posición de semifowler.	Favorece el descenso del diafragma y una inhalación máxima.	Se orientó a la persona sobre técnicas respiratorias favorables y las llevó a cabo.
Expectoración de secreciones en caso necesario.	Mantener el área permeable favorece el intercambio gaseoso.	Se le indico a la persona la importancia del cambio de posición. Y de fluidificar las secreciones para expectorarlas.
Colocación de puntas nasales en caso necesario.	El oxígeno es necesario para el metabolismo a nivel celular.	Mejoro la respiración.
Orientar sobre técnicas respiratorias que favorezcan el intercambio gaseoso como: respiraciones profundas y sostenidas, cambio de posición, e inflar globos.	La respiración superficial y en una misma posición ocasionan la aparición de atelectasia y por consiguiente se disminuye la superficie para el intercambio gaseoso.	Se observa una mejor respuesta inhalatoria y espiratoria de la persona, al ser más profundas y menos superficial, además disminuyo la frecuencia respiratoria a 16 respiraciones por minuto.

Necesidad alterada: Nutrición e hidratación.

Dx. de Enfermería:

- Deshidratación relacionada con el aumento de la temperatura corporal manifestada por mucosas orales secas y piel reseca.
- Alteración de la nutrición relacionada con dolor y cirugía uterina manifestada por mostración distensión abdominal, náuseas, vómito, cefalea y mareo.
- Deterioro de la deglución relacionado con prótesis dental m/p pérdida del apetito.

Objetivos:

- Lograr que la persona se encuentre en un estado de hidratación.
- Mejorar el estado de nutrición de la persona.
- Disminuir el dolor y malestares de la persona para favorecer una alimentación optima de acuerdo a sus necesidades nutricionales.
- V.A.G.M. mejorara su apetito por medio de una dieta menos solida.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Disminuir la fiebre.	Control térmico por medios físicos.	Se logró normalizar la temperatura corporal a 36.5 o C.
Proporcionar líquidos a libre demanda.	La hidratación evita resequedad de la piel. Los volúmenes adecuados son necesarios para eliminar desechos.	La persona se encontró en un estado de hidratación adecuada después de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.
Fomentar la nutrición adecuada e ingesta apropiada de proteínas, grasas, carbohidratos y vitaminas.	La nutrición adecuada facilita la cicatrización de la herida quirúrgica y es útil para prevenir la maceración de tejidos.	Se disminuyó el dolor y se favoreció una adecuada nutrición.

Necesidad alterada: Eliminación.

Dx. de Enfermería: Estreñimiento, manifestado por heces fecales secas.

Objetivo: Mantener las evacuaciones de V.A.G.M. normales para evitar sangrado en el momento de la defecación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Fomentar el consumo de líquidos y resaltar su importancia.	El agua es el principal compuesto del organismo teniendo un 65% en los adultos.	Presentó dos evacuaciones pastosas aproximadamente cada 12 horas.
Enseñar a consumir frecuentemente laxantes naturales (frutas, verduras y lactobacilos).	Los alimentos ricos en fibra favorecen el tránsito intestinal.	La persona se concientizó de la importancia de ingerir frutas y verduras.

Necesidad alterada: Movimiento corporal.

Dx. de Enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con cirugía realizada.

Objetivos:

- Proporcionar ayuda a V.A.G.M. en la deambulaci3n.
- Disminuir el dolor para mejorar su cambio de posici3n.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluaci3n
Cambios frecuentes de posici3n.	Los cambios de posici3n favorecen la circulaci3n y la oxigenaci3n a los tejidos ayudando a la cicatrizaci3n.	Se sugiri3 posici3n libre, para disminuir el dolor y est3 disminuyo.
Proporcionar ayuda en la deambulaci3n y sugerir que su pareja le ayude a incorporarse poco a poco y la acompa3e a caminar.	Los ejercicios aceleran la recuperaci3n de la funci3n muscular y disminuye el dolor y otras complicaciones a largo plazo.	Se le proporciono ayuda en la deambulaci3n por parte del personal de enfermería y de sus familiares y se reincorpor3 prontamente a su actividad diaria.

Necesidad alterada: Trastorno del patrón del sueño.

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

Objetivos:

- Recomendar cambios de posición que disminuyan el dolor.
- Disminuir el dolor y lograr que la persona pueda dormir y descansar adecuadamente.
- Orientar sobre técnicas de relajación que permitan el descanso a través del sueño.
- V.A.G.M. mantendrá su descanso durante la noche con la ayuda de actividades durante el día y de esta manera evitar el problema de insomnio.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Disminuir en lo posible el ruido, que favorezca el descanso y sueño.	Cubrir con cortinas oscuras el cuarto y eliminar el ruido, el conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental.	La persona pudo descansar.
Técnicas simples de relajación: <ul style="list-style-type: none">• Masaje relajante de la espalda antes de acostarse.• Utilizar aceites aromáticos que inducen el sueño.• Leer o escuchar música	La música instrumental, al igual que el masaje relajante con aceites aromáticos favorece la conciliación del sueño.	El tener un sueño tranquilo y relajante disminuyó la angustia y la ansiedad.

<p>Administrar analgésicos prescrito por indicación médica.</p>	<p>Los analgésicos bloquean las terminaciones nerviosas para disminuir el dolor.</p>	<p>La persona pudo conciliar el sueño tranquilo y placentero.</p>
<p>Evitar las siestas en el transcurso del día.</p>	<p>Motivarla con actividades manuales y recreativas de su preferencia (lectura, actividades manuales) para evitar que se duerma durante el transcurso del día.</p>	<p>Respondió positivamente a las sugerencias de realizar actividades recreativas y evitar las siestas durante el día. De esta forma pudo lograr un mejor descanso y su nivel de estrés disminuyó.</p>

Necesidad alterada: Vestirse y desnudarse.

Dx. de Enfermería: Déficit de autocuidado; vestido/acicalamiento.

Objetivos:

- Recomendar cambio diario de ropa.
- Uso de prendas acorde al clima.
- Evitar uso de prendas ajustadas.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Evitar el roce de las prendas con la piel.	El evitar prendas ajustadas que rocen la herida quirúrgica evita la irritación de la piel. Se recomienda usar de algodón holgada.	Se observó que la ropa de algodón y holgada disminuyó la irritación de la piel
Curaciones de herida quirúrgica	El proceso de cicatrización es favorecido con la eliminación de microorganismos patógenos.	La herida se mantuvo limpia, seca, sin presencia de signos de infección. Presentando una cicatrización favorable.
Baño de regadera diariamente.	El agua y el jabón por arrastre eliminan la acumulación de microorganismos patógenos, además de favorecer la circulación y la cicatrización.	Mejóro la cicatrización de la herida y favoreció el confort de la persona.

Necesidad alterada: Termorregulación.

Dx. de Enfermería: Aumento de la temperatura corporal relacionado con procesos infecciosos, manifestado por fiebre.

Objetivos:

- Toma de la temperatura axilar las veces que sean necesarias.
- Administración de antipiréticos y antibióticos por indicación médica.
- Mantener la herida quirúrgica limpia así como realizar aseo personal para evitar procesos infecciosos.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Toma de la temperatura axilar, las veces que sean necesarias.	El hipotálamo es el centro regulador, la temperatura es un signo vital y la elevación por encima de parámetros normales ocasiona alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.	Se verifico la temperatura corporal y se mantuvo en 36.5°C a través de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.
Ajustar la temperatura ambiente, modificando el vestido o la ropa de la cama.	La temperatura ambiente y la ropa de cama adecuada disminuyen la temperatura corporal.	Se favoreció la disminución del calor que la persona presentaba.
Bañó diario con agua templada.	El agua templada o fría ayuda a disminuir el calor corporal.	La persona refirió sentirse mejor después del baño.

Necesidad alterada: Higiene y protección de la piel.

Dx. de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea.

Objetivos:

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

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Fomentar el baño diario con jabón neutro.	Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamiento de la piel.	Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia en el servicio de gineco-obstetricia y se evitó la sequedad de la piel.
Realizar curación de herida quirúrgica	La asepsia es la eliminación de bacterias por medio de antisépticos. La curación de la herida quirúrgica con la técnica aséptica disminuye el riesgo de infección. El lavado de manos es la práctica de control de infecciones más importante para minimizar la transmisión de microorganismos patógenos entre las personas y el personal de salud.	Durante la estancia hospitalaria de V.A.G.M. se llevaron a cabo todas las medidas oportunas para evitar el riesgo de una infección que complicará su recuperación.
Utilizar un cepillo de cerdas blandas o dispositivos especiales para la limpieza de boca (lavado bucal 3 veces al día).	El aseo de cavidad bucal previene la gingivitis, mejora la salivación y proporciona bienestar.	Proporcionarle lo necesario para el aseo bucal y educarla para que lo realice, le brinda confianza y seguridad.

Necesidad alterada: Evitar riesgos y peligros.

Dx. de Enfermería: Dolor relacionado con herida quirúrgica.

Objetivo: Aliviar el dolor relacionado con el procedimiento quirúrgico a niveles tolerables.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Colocar barandales a la camilla	La colocación de dispositivos de seguridad en la camilla evita caídas cuando están bajo efectos de sedación.	Se evitó que la persona pudiera caer de la camilla cuando todavía estaba con efectos anestésicos.
Evitar esfuerzos innecesarios.	Ayudan a mantener el equilibrio y alineación del cuerpo en la camilla.	Favorece la posición, el confort y evitar la presencia de riesgos.

Necesidad alterada: Comunicación.

Dx. de Enfermería: Angustia relacionada con la falta de comunicación directa con su pareja con el ingreso al hospital manifestando estrés y preocupación.

Objetivo: Disminuir la angustia oportuna de V.A.G.M. escuchando sus sentimientos, y explicando que se le dará información oportuna de su estado de salud a su pareja.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de la persona	El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.	La angustia disminuyo, se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a reunirse con su familia.
Indicar a la persona que el estrés y la angustia pueden complicar su recuperación. Hacerle saber a la persona que se le proporcione a su pareja la información sobre su estado actual de salud.	Saber que los asuntos familiares marchan bien, favorece la recuperación mental, física y social.	La persona se sintió tranquila al saber que su pareja se le proporcione información sobre su estado de salud.

Necesidad alterada: Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.

Dx. de Enfermería: Necesidad de expresar o realizar cultos, religiosos como oraciones o rezos relacionado con la falta de estudio bíblico personal, y manifestado por actuar de acuerdo a los valores inculcados en su familia.

Objetivo: V.A.G.M. Aprenderá a expresarse sin temor acerca de sus creencias religiosas y se le explicara que puede seguir sus valores siempre y cuando no afecten su recuperación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Se le otorgara a persona el tiempo necesario a solas para que pueda realizar sus oraciones si ella así lo desea.	Los seres humanos siempre estamos en busca de una fuerza superior, a la cual le podemos pedir y adorar.	Se le proporcionó ayuda a la persona, al darle seguridad y confianza para expresar con libertad sus creencias, fe y valores.
Se le comunicara a su pareja, que puede tener libros religiosos durante su estancia en el hospital.	Los valores familiares se convierten en una necesidad y al no cumplirse, se puede afectar la integridad emocional.	

Necesidad alterada: Trabajar

Dx. de Enfermería: Falta de remuneración económica relacionada con ausencia de empleo manifestado por falta de ingreso económico.

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

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
<p>Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de la persona.</p> <p>Solicitar la ayuda de la trabajadora Social</p>	<p>La falta de atención en una conversación, ocasiona falta de interés por parte de quien expresa sus sentimientos.</p> <p>El profesional de la salud adecuado ayudará en la asesoría correcta de la búsqueda de empleo.</p> <p>Indicar las fuentes de bolsa de trabajo como son: periódicos y amistades conocidas que podrían requerir sus servicios domésticos.</p>	<p>Se pudo lograr la empatía de la persona y ganar su confianza para canalizarla con la persona adecuada.</p> <p>Se canalizó a las instancias adecuadas para que le propusieran alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica de la persona.</p>
<p>Orientar sobre las actividades que la persona puede desempeñar en alguna actividad laboral.</p>	<p>Lo desconocido ocasiona temor y crea un sentido de inseguridad.</p>	<p>La persona se refirió sentirse aceptada y apreciada al ser escuchada. Después de la conversación, se elevó su autoestima y se sintió segura de poder desempeñar funciones en actividades que pueda realizar.</p>

Necesidad alterada: Realizarse

Dx. de Enfermería: Alteración de patrones de la sexualidad, relacionada con cirugía de útero manifestado por falta de apetito sexual y disminución de las hormonas encargadas de favorecer el acto sexual.

Objetivo:V.A.G.M. Realizará actividades de terapia sexual y psicoterapia con su pareja para mejorar la calidad del acto sexual.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Apoyo Emocional	<p>Debido a que el cáncer uterino es una enfermedad que afecta el sistema reproductivo de la mujer, puede cambiar la manera que ella siente sobre su cuerpo y aún cómo se siente en su identidad de mujer.</p> <p>A medida que la enfermedad avanza, la mujer probablemente sentirá dolor o sufrirá de secreciones vaginales y hemorragias, que pueden resultar en su decisión de evitar las relaciones sexuales, o simplemente no deseará tener relaciones sexuales debido a su estado emocional.</p> <p>Hablar con la pareja puede ayudarles a entender mejor qué es lo que pasa y ayudarles a decidir qué es mejor para ellos.</p>	Al no recibir terapia de la sexualidad, la persona no presento mejoría debido a la falta de apoyo con respecto a su sexualidad en su unidad médica.

Las mujeres con cáncer uterino avanzado pueden sentirse rechazadas, sucias y que no merecen el contacto con otras personas.

Por esta razón, tocar su brazo mientras se habla, tomar sus manos, abrazarla y darle un masaje pueda brindar un sentimiento de confort y puede ser emocionalmente muy saludable.

El cáncer uterino no es contagioso, por lo que se debe aclarar a la mujer, familia y amigas que no existe ningún peligro en mantener contacto físico con alguien que tenga esta enfermedad.

Se sugiere que la persona busque tener este tipo de terapias para mejorar la relación con la pareja.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
Terapia marital (pareja)	<p>Favorecer la relación afectiva de la persona con su pareja.</p> <p>Manejar la queja motivo de consulta, que en muchas ocasiones requiere una mayor exploración.</p> <p>Promueve un cambio que favorezca la meta comunicación y que siempre respete los valores y creencias de sus integrantes.</p> <p>Permitir redefiniciones y evita las interacciones rígidas.</p> <p>Mantener la definición de los integrantes como pareja.</p> <p>Mantener la unión o procurar una separación con el menor grado de traumatismo para las personas.</p>	<p>No presento mejoría por no haber en su institución terapia de pareja; se sugiere que la persona busque tener este tipo de terapias para mejorar la relación con la pareja o una separación en armonía.</p>

Necesidad alterada:Recreación.

Dx. de Enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionadas con la falta de interés relacionado por ocio y manifestado por recuperación tardía mientras se encuentra en recuperación de la cirugía realizada.

Objetivo:V.A.G.M. Realizará actividades recreativas con su familia y/o amigos durante la recuperación en su hogar.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
<p>Se le enseñaran juegos de mesa con la participación de toda su familia.</p> <p>Se le enseñaran manualidades que puede realizar en compañía de su familia.</p> <p>Se le informa de talleres a los que podrá asistir a realizar actividades recreativas y educativas.</p>	<p>La necesidad de recreación y comunicación con otras personas nos motiva a buscar compañía y socializar con ellos.</p> <p>Los juegos de mesa mantienen la mente ocupada, sin poner en riesgo su integridad física.</p>	<p>La persona respondió favorablemente a las actividades y sugerencias, propuestas para una recuperación menos prolongada y complicada.</p>

Necesidad alterada: Aprendizaje.

Dx. de Enfermería: Deterioro del proceso de aprendizaje relacionado con su falta de interés personal y no contar con ingresos económicos.

Objetivo: Que V.A.G.M. se integre a la comunidad educativa y pueda aprender por lo menos enseñanzas básicas y/o un oficio.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Evaluación
<p>Se le informara a la persona sobre los programas de enseñanza de sistemas abiertos gratuitos.</p> <p>Se dará información más detallada de estos sistemas educativos.</p>	<p>La sociedad está en constante desarrollo y siempre está innovando con sus conocimientos personales para poder alcanzar una mejor calidad de vida.</p>	<p>La persona mostro interés en la información que se le proporciono y está dispuesta a tomar cursos prácticos como: cultora de belleza, corte y confección, gelatina artística, en cuanto mejore su estado de salud.</p>

8. PLAN DE ALTA

14 Necesidades	Indicaciones para la persona
1.-Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el consumo de tabaco. • Realizar ejercicios respiratorios para que sus respiraciones sean profundas y no superficiales.
2.-Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una dieta con alimentos balanceados según el plato del buen comer, con el consumo nutricional de proteínas, vitaminas e hidratos de carbono. • Ingerir por lo menos 3 frutas al día antes de los alimentos. • Consumir por lo menos 2 litros de agua como mínimo. • Evitar consumo de bebidas embotelladas, café, irritantes, bebidas alcohólicas.
3.-Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Se le recomienda una dieta rica en fibra. • Ingesta de líquidos. • Dieta blanda. • Tomar lactobacilos (yogurt natural).
4.-Movimiento corporal	<ul style="list-style-type: none"> • 30 min de caminata como mínimo diariamente. Evitando movimientos bruscos. • Evitar cargar objetos pesados.
5.-Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir por lo menos 8 horas diarias, y si es posible una siesta de máximo 30 minutos por día.
6.-Vestirse y desnudarse	<ul style="list-style-type: none"> • Vestir prendas acorde al clima de su entorno. • Evitar el uso de ropa a base de fibras sintéticas. • Vestir ropa holgada para evitar el roce con la herida. • Evitar prendas ajustadas.
7.-Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda a la persona mantenga su tranquilidad con el fin de mantener su presión sanguínea en parámetros normales.
8.-Higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Se orienta a la persona sobre los cuidados de la herida quirúrgica para evitar futuras complicaciones e infecciones. • A su vez se le indico tomar un baño diario y limpieza con jabón neutro, agua (esterilizada) y gasas para el lavado local

	de la herida.
9.-Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar actividades que pongan en riesgo la abertura de la herida. • Mantener limpia la herida para evitar futuras infecciones que compliquen su recuperación.
10.-Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Se informo a la persona y a sus familiares el estado actual de salud, después de la cirugía. • En caso de presentar alguna molestia fuera de lo normal presentarse con su médico familiar a la brevedad posible.
11.-Actuar de acuerdo con sus creencias y valores	<ul style="list-style-type: none"> • Se le sugiere continuar con su estudio bíblico personal, de acuerdo a las condiciones físicas de recuperación de la cirugía.
12.-Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"> • Con un mínimo de 2 a 3 meses de reposo en cuanto a su actividad laboral. Así mismo se le recomienda evitar las relaciones sexuales por el mismo período. • Se le propusieron alternativas de solución a falta de empleo. Informando cuales son las posibles áreas en la que se pueda desarrollar laboralmente. • Se propuso empezar con la psicoterapia sexual para mejorar su relación de pareja.
13.-Recreación	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con actividades manuales (tejido, pintura textil, bordado). • Realizar actividades de recreación familiar (juegos de mesa). • Fomentar la lectura de acuerdo a sus intereses.
14.-Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Se le sugirieron algunas opciones donde puede comenzar con actividades educativas de capacitación y de oficio cerca de su domicilio.

9. CONCLUSIONES

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con el modelo conceptual de Virginia Henderson a una mujer con diagnóstico de: Miomatosis uterina e histerectomía total abdominal, en el servicio de gineco-obstetricia del hospital general "Dr. José G. Parres" de la ciudad de Cuernavaca, Morelos en el turno matutino, el día 20 de enero de 2011.

Se integraron conocimientos científicos de anatomía y fisiología con relación a la Miomatosis uterina, dando como resultado un estudio integral entre la teoría y la práctica, para la atención de la persona que asiste a los servicios hospitalarios de especialidad.

El proporcionar Atención de Enfermería en forma integral de cuidados con calidad y calidez, ayuda a que la persona con Miomatosis uterina e histerotomía total abdominal logre una completa recuperación.

Adquirí la habilidad para realizar diagnósticos de enfermería a través de la atención de necesidades personales, así como el establecimiento de prioridades de la persona.

Al elaborar y realizar el siguiente Proceso Atención de Enfermería (PAE) ha sido un reto y una gran experiencia, donde obtuve conocimientos teóricos y científicos para beneficio de la persona y de la futura Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Este personaje debe de ser un ser humano con elevados valores para proporcionar a sus semejantes una atención de calidad y calidez, ya que por medio de la atención otorgada, las personas podrán tener una recuperación exitosa de su ámbito personal, familiar y social.

La satisfacción personal obtenida, al elaborar el siguiente Proceso Atención de Enfermería (PAE) es que obtendré el título y la cedula profesional, con la ayuda y valoración de mi asesora la Maestra Luz María Araceli Jiménez Pérez y al honorable jurado la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, Rosalinda, *Aplicación del Proceso de enfermería*, p. 6.

BC Long, *et. al.*, *Enfermería médico-quirúrgica*, 3a. ed. Edit. HarcourtBrace, España: Madrid, 2004.

Carpenito, Manuel, *Manual de diagnóstico de enfermería*, 4a. ed., Edit. Interamericana.

Fernández Fermín, Carmen, *et. al.*, *Proceso Atención a Enfermería*, 1a. ed. Edit. Masón S.A.

Freud, Sigmund. "*Psicoanálisis y Teoría de la Libido*" recuperada el 18-08-2014
http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa_TELib.pdf.

García Albarrán *et. al.*, *El proceso Atención de enfermería*.

García, María de Jesús, *El proceso de enfermería y método de Virginia Henderson*, Edit. Proceso S.A.

Espiella Guerrero, Ricardo., terapia de pareja, abordaje sistémico. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37, Suplemento No. 1, 2008

Hammerly, Marcelo A., *Enciclopedia Médica Moderna*, Edit. Ediciones Interamericanas, USA, 1978, 1838 pp.

Herdman, T. Heather, *et. al.*, NANDA International, *Diagnósticos enfermeros*, Edit. Elsevier, España: Barcelona, 2010, 431 pp.

Iyer W., Patricia, *et. al.*, *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*, Edit. Interamericana MC. Graw - Hill.

Jean Dickson, Elizabeth, *et. al.*, *Enfermería materno infantil*, 3a. ed. Edit. Harcourt, 1999.

Mondragón, Héctor, *Obstetricia básica ilustrada*, 5a. ed., Edit. Trillas, 2004, 822 pp.

Nelson, Jean D., *Consultor de Enfermería Obstétrica: Vol1*, 1a.ed., Edit. Océano/Centrum, España: Barcelona, 1989, 1-256 pp.

Nelson, Jean D., *Consultor de Enfermería Obstétrica: Vol. 2*, 2a.ed., Edit. Océano/Centrum, España: Barcelona, 1989, 257-496 pp.

Parker, Catherine, *et. al.*, *Anatomía y Fisiología*, p. 287.

Path y EngenderHealth. Cuidado Paliativo para Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino: Un manual para personal de salud que trabaja en la comunidad, ACCP en inglés, 2003

Phaneuf, Margot, *Cuidados de Enfermería: Un proceso de Atención de Enfermería*, p. 93-102.

Quiroz Gutiérrez, Fernando, *Anatomía Humana*. Vol. 1-3, 40a. ed., Edit. Porrúa, México, 1542 pp.

Rojas Soriano, Raúl, *Investigación social, teoría y praxis*, 4a. ed., Edit. Plaza y Valdés, México, 1989, 192 pp.

Rojas Soriano, Raúl, *Métodos para la investigación social*, 10a. ed., Edit. Plaza y Valdés, México, 1990, 124 pp.

Simón, Miguel, *Diccionario de la mujer*, Secretaria de salud.