

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana

Delegación San Luis Potosí, S.L.P

Incorporada a la UNAM

Clave 8715/12

Proceso atención de enfermería

**Aplicado a un paciente con histerectomía de acuerdo con los patrones
funcionales de Marjory Gordon**

**Para obtener Título de la:
Licenciada en Enfermería Y
Obstetricia**

Presenta:

María Guadalupe De la Rosa Beltrán

Cuenta: 413541648

Asesora:

Dra. Gandhi Ponce Gómez

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SAN LUIS POTOSÍ, Mayo 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco ampliamente a dios, por la vida que me dio que a pesar de las dificultades siempre me ha dado la sabiduría, para resolver las complicaciones que aparecen en el camino, por cada una de las pruebas superadas donde al final te das cuenta que eres capaz de dar lo mejor de ti, por la fortaleza brindada para superar cada obstáculo, por ser mi luz durante este proceso de formación.

Agradezco a mis padres y a mi familia por ser el pilar, la motivación para dar el mejor ejemplo de las generaciones que vienen detrás de mí, por brindarme la confianza de poder realizar mis sueños, por los consejos, el amor, la paciencia y entregada, por cada uno de ellos que fortalecían la actitud de lograr el mayor de los propósitos.

También agradezco a cada uno de mis compañeros que fue parte de esta trayectoria, por el camino que recorrimos juntos, gracias por el apoyo brindado, por compartir sus experiencias con las mías, también a mis maestros por la pasión que entregaban en clases y por enseñarme a amar esta profesión, siempre brindando la sencillez y profesionalismo que formaron en mí.

Un agradecimiento muy especial a mi estimada **Doctora Gandhi Ponce Gómez** por haber brindado la confianza, el apoyo, la paciencia, gracias por ser parte de mi formación profesional, gracias por la orientación y por ser la guía en este proceso.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a Dios por las fuerzas que me dio a lo largo de mi carrera, por brindarme la sabiduría, la pasión y el amor que tengo hacia esta carrera. A todas aquellas personas por su apoyo incondicional y la confianza que en mí brindaron a lo largo de este proceso.

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACION	3
III.- OBJETIVO	4
Objetivos específicos	4
IV.- METODOLOGÍA	5
V.- MARCO TEÓRICO	6
5.1 MARJORY GORDON	6
5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	7
5.3. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA	8
5.4. PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	12
5.5 HISTERECTOMÍA	18
5.6 INDICACIONES	19
5.7 EPIDEMIOLOGÍA	20
5.8 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA	20
5.10. SIGNOS Y SÍNTOMAS	23
5.11 COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DE HISTERECTOMIA:	23
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	25
6.1 VALORACION FISICA:	26
VII.- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON ..	28
7.1 PATRÓN 1.- PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD	28
7.2 PATRÓN 2.- NUTRICIÓN METABÓLICO:	28
7.3 PATRÓN 3.- ELIMINACIÓN:	28
7.4 PATRÓN 4.- ACTIVIDAD / EJERCICIO	28
7.5 PATRÓN 5.-SUEÑO/DESCANSO.	29
7.6 PATRÓN 6.-COGNITIVO PERCEPTUAL	29
7.7 PATRÓN 7.- AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO	29
7.8 PATRÓN 8.- ROL/RELACIONES	29
7.9 PATRÓN 9.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:	30
7.10 PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES	30
7.11 PATRÓN 11.- PRINCIPIOS VITALES:	30
VIII.- PLAN DE ATENCIÓN:	31
8.1 Dolor Agudo	31
8.2 Riesgo de síndrome protraumatico(00145)	33

IX. PLAN DE ALTA	34
X CONCLUSIONES.....	35
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

I.- INTRODUCCIÓN

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Siendo la enfermería es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, que se realiza a través de los tres abordajes principales: abdominales, vaginal y laparoscópico. Los abordajes de la histerectomía pueden dividirse en tres categorías: Histerectomía abdominal (HA), Histerectomía vaginal (HV), Histerectomía laparoscópica en la que mayor parte de la cirugía se realiza con laparoscopia.

Desde una perspectiva holística se debe de tomar en consideración todas las dimensiones de las personas y las necesidades del paciente, se debe tomar en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales culturales y espirituales del ser humano, aplicando así la teoría de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Los patrones funcionales permite una valoración de enfermería hacia el paciente específica y completa con datos útiles requeridos para la valoración del estado de la persona, lo que rodea al paciente y sus necesidades básicas, con todo esto nos conlleva al profesional de enfermería llevar a cabo en la atención de enfermería sus objetivos primordiales como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como su planeación de cuidados hacia el paciente para su mejor confort al estar en estancia hospitalaria.

En el presente trabajo se aborda lo que es la histerectomía abdominal , y cómo influye en gran medida en la vida cotidiana de una persona y su familia La elaboración de un plan de cuidados acerca de la histerectomia después del posoperatorio para brindar un mejor confort a la persona. Los posibles riesgos que se deben prevenir para evitar una posible complicación.

II.- JUSTIFICACION

El propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada persona , es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituyen el Proceso Cuidado Enfermero (PAE).El Proceso Atención de Enfermería, también denominado Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo integrado por diferentes etapas o fases, ordenados que tiene como objetivo fundamental la personalización y la adecuada planificación y ejecución de oportunos cuidados orientados al bienestar de la persona.

El presente PAE se implementó dando seguimiento en el área de ginecología labor en el hospital El niño y la mujer “Dr. Alberto López Hermosa se identifica una persona del sexo femenino de 46años de edad; proporcionando intervenciones en los diferentes segmentos del preoperatorio, implementando cuidados de enfermería para el mejoramiento del estado de salud de la paciente. Así como su corta estancia en el hospital para la prevención de complicaciones que pueden ocurrir dentro del hospital.

III.- OBJETIVO

- Planificar y ejecutar un Proceso Atención de Enfermería a una mujer posoperada de histerectomía conforme a la Valoración de Marjory Gordon.
- Identificar los cuidados y diagnósticos específicos de enfermería a proporcionar al paciente, para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar la salud del paciente durante su estancia hospitalaria, mediante la implementación de cuidados enfermeros estandarizados.

Objetivos específicos

- Valorar al paciente quirúrgico de ginecología mediante la Valoración de Marjory Gordon.
- Proponer y ejecutar un Plan de atención de acuerdo a las necesidades que emerjan tras la valoración.
- Brindar una atención de calidad que permita al paciente reintegrarse lo más pronto posible a su entorno.

IV.- METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 10 de Marzo 2016 en el área de ginecología labor en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en el estado de San Luis Potosí, S.L.P. la cual se procede a realizar el siguiente trabajo por medio de patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo en la fase posoperatoria del paciente resaltando las necesidades fisiológicas, psicológicas, emocionales y biológicas. Se aplica mediante el proceso de enfermería con un modelo científico en base a una perspectiva holística, que se tomó en consideración todas sus dimensiones y su entorno de nuestra paciente.

La práctica de enfermería se basa en un marco de un modelo conceptual se aplica un método a partir del cual se puede estructurar de una manera eficaz todas intervenciones, desde el primer contacto con nuestra paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas guiando un ámbito de responsabilidad. Se dio base a la formulación de la entrevista, valoración, dando así el análisis preciso para el desarrollo de la planeación de los cuidados de enfermería más oportuno.

Se le dio un seguimiento desde el momento del recibimiento a la paciente en la unidad de quirófano realizando el protocolo indicado, además de participar con la circulante en esa cirugía programada.

Se realizó una investigación del procedimiento quirúrgico realizado, así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos. Se llevó a cabo un plan de alta según la cirugía realizada.

Se continuó el seguimiento en hospitalización, para valorar las capacidades.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1 MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico .

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts. **1**

5.2.PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés .

Patrón 11: Valores – creencias: describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisión

5.3. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

Los avances de enfermería en México durante los últimos 20 años han producido cambios que ejercen una gran influencia en la educación, la práctica y la investigación de la enfermería. Los conocimientos y las tecnologías que se requieren para brindar servicios de enfermería siguen acrecentando. Este concepto nos da una panorámica general de la enfermería como una profesión social en donde el objeto de estudio de la salud del hombre, considerándolo como una unidad biopsicosocial, que interactúa continuamente con el medio, quedando expuesto como estímulo a lo que el individuo se adapte. Se maneja sencilla pero científicamente las técnicas y procedimientos necesarios para “el cuidado de enfermería” que el paciente requiere.⁸

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teórico-práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudios o de conocimientos, que le permite delimitar un campo de estudio que le define o caracteriza, de tal forma quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así en la actualidad es aceptado de manera universal que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

El cuidado de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto se puede decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia

muy científica en la sociedad que es la misma sociedad la que demanda y justifican la existencia de este.

La enfermería como disciplina que es, debe de tener una amplia visión preestablecida relacionado con el cuidado profesional, debiendo reconocer otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado .9

El cuidado holístico en la actualidad la palabra holismo u holístico es utilizada por muchas disciplinas en todos los ámbitos, tanto artísticos como científicos.

En Occidente, el término “holismo” fue utilizado por primera vez en 1926 por el mariscal de campo sudafricano Jan Chistian Smuts, en su libro Holismo y Evolución, donde le da un sentido idealista y místico, como la irreductibilidad del todo a la suma de las partes (Capra, 1997; Locsin, 2001). A pesar de ello, el término holístico fue introducido a la ciencia de la salud solo hasta los años 60, con la aparición y auge de las terapias no convencionales o complementarias, que se basaban en filosofías orientales. Desde que fue incorporado en Occidente, este término es considerado como sinónimo de integralidad. Sin embargo, la integralidad se refiere a una mirada biopsicosocial del ser humano, relacionado con el uso de terapias de salud no convencionales, en cambio el holismo es una “mirada a la realidad” (Fulder, 2005), donde el ser humano es visto desde lo físico, psíquico, emocional y espiritual en relación íntima con un entorno, siendo capaz de generar un todo aún mayor.

Para enfermería la palabra holismo no ha sido ajena, incluso desde los comienzos como profesión, en el siglo XIX, Florence Nightingale ya la incorporaba desde lo “integral”. Pero fue solo hasta los años 50, cuando Martha Rogers incorpora el término con el sentido filosófico oriental (Hernández, & Guardado, 2004). El objetivo de esta revisión es poder informarse sobre el real significado del holismo en salud, y cómo este se ha gestado dentro de la filosofía del cuidado.

Cuidado Holístico es el reconocer que la persona es más que la suma de sus partes, ha caracterizado a enfermería desde los tiempos de Florence Nightingale hasta nuestros días (Rogers, 1980), haciendo que en su práctica se utilice este cuerpo de conocimientos. Varios modelos y teorías enuncian la necesidad de una atención “integral” en enfermería. En relación a esto, Neuman (s.f., citado en Hernández, & Guardado, 2004) expresó que la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo al estrés. A la vez que Patricia Iyer (s.f., citada en Hernández, & Guardado, 2004) señaló que la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno.

La Asociación de Enfermeras Americanas Holísticas [AHNA] define la enfermería holística como aquella que abraza toda la práctica de enfermería y tiene como meta la salud de la persona como un todo, para lo cual utilizan terapias de salud complementarias y alternativas, como vehículo de conexión con el paciente a través de la intención, presencia y conciencia.¹⁰

Enfermería en su disciplina profesional representan, en general, ciencias aplicadas más que puras. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento con el fin de lograr utilidad social. Sin embargo, son ciencias y tienen interés en la sistematización expansión del conocimiento. Estas características tienen implicación directa para el desarrollo de la ciencia de la enfermería. Al estudiar el origen del conocimiento en enfermería se puede afirmar, por extensión, que este se remonta a los tiempos en que tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos de la naturaleza, así como fue el de las plantas y animales para explicar los primeros cuidados, con respecto a lo que hoy se puede denominar enfermería, medicina y cirugía primitivas son los "modos de conocer" comunes en todas las ciencias.¹¹

El “ser”, a través de los diferentes paradigmas en que ha transitado la enfermería ha cambiado, nunca ha sido estático, siempre se ha movido hacia el crecimiento y madurez, con base a los crecimientos previos y existentes. Aquí se parte la clasificación que hace Suzanne Kerohuak para abordar el análisis desde una retrospectiva y culminar con las situaciones actual, tomando como eje central de discusión el ser y hacer de enfermería; de modo que es necesario primero definir y conceptualizar lo que es enfermería desde una perspectiva de disciplina.

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado humano y es entorno a tal cuidado que debe aplicar métodos, teorías y modelos o cualquier otro elemento conceptual dirigido a cumplir su objetivo.

Cuidar es la acción pensada en enfermería la cual es inherente a la humanidad ya que toda persona necesita ser cuidada y cuidar a otros, sin embargo, el cuidado profesional se deriva de un cúmulo de conocimientos y experiencias previas que permiten a la enfermera enlazar las diferentes variables que subyacen en torno a la disciplina y el componentes del paradigma. Para el caso de enfermería hay cuatro conceptos principales: enfermería, entorno, cuidado y salud, sin embargo existen otras posturas que señalan que los elementos del paradigma no pueden ser estáticos y deben corresponder al paradigma vigente tal es el caso del concepto de necesidad. ¹²

Enfermería en el ejercicio de profesional ha estado vinculado y se constituye como objeto de estudio se ser o hacer principalmente. Su saber lo utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente: el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud.

El consejo internacional de enfermería dicta que las enfermeras en su ejercicio profesional tiene cuatro elementos fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Su trabajo lo realizan con respeto a los derechos humanos (derechos culturales, derechos de la vida y la libre elección, a la dignidad sin importar edad, color, credo cultura, discapacidad

enfermedad, género u orientación sexual , nacionalidad opiniones políticas, raza o condición social). Además prestan sus servicios a individuos, familias y comunidades o colectividades coordinándose con otros grupos relacionados.¹³

5.4. PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

Definición de enfermería: La esencia de la enfermería se caracteriza por la protección, promoción optimización de la salud y las capacidades (Prevención de las enfermedades y la lesión) el alivio del sufrimiento por medio del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas; y promover el cuidado del individuos, familias y comunidades y poblaciones.

La enfermería es tanto una ciencia como un arte , que se relacionan con cuestiones físicas, psicológicas , sociales y culturales y espirituales del individuo . La ciencia de la enfermería se basa en un marco de trabajo teórico bastante amplio, en tanto a su arte depende en parte en gran medida de las capacidades y habilidades de cada enfermera para proporcionar los cuidados. La importancia de la enfermera al interior del sistema de atención de la salud se reconocen positivamente de diferentes formas y la profesión de enfermería esta en así misma identificado a las necesidad de quienes la practican sean profesionistas y confiables.¹⁴

La enfermera es responsable de la coordinación de todos los cuidados físicos emocionales, de llevar a cabo el tratamiento y de la enseñanza de los pacientes y familia, además de ejecutar la valoración diaria del estado de salud del paciente hacia el logro de los objetivos la enfermera puede valorar con mayor facilidad la efectividad de los cuidados de enfermería.

La valoración es necesaria, ya que abarca diversos aspectos del estado del salud del paciente, principalmente: aspectos generales y funcional del cuerpo, síntomas específicos, estado emocional, capacidad psicomotora y estado de la conciencia.¹⁵

El proceso de atención de enfermería ofrece una estrategia ordenada y lógica para la resolución de problemas, que tiene como objetivo suministrar los cuidados de enfermería, de tal manera que las necesidades de atención del paciente que cubran por completo y de manera efectiva. **Consiste en la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales de dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita** de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema. Los cuidados de enfermería han evolucionado mucho a lo largo de los años y actualmente se basan en determinados **protocolos** muy estructurados y en planes, para tener una homogeneidad.¹⁶

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.¹⁷

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

El proceso de atención de enfermería es:

- **Sistemático.** Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: *valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación* en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- **Dinámico.** A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.
- **Humanístico.** Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria . Centrado en los objetivos (resultados). Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de

documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar¹⁸

Las ventajas La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. ¹⁹

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

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

5.4.1. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería en su cinco fases: Valoración, Diagnostico, planificación, Ejecución, Evaluacion. Todas ellas son sucesivas e interrelacionadas entre si y sometidas a una evaluacion continua y permanente a lo largo del proceso, lo cual nos permite dos cosas: En primer lugar individualizar y personificar

los cuidados para cada paciente atendiendo a los resultados que se vayan obteniendo; en segundo lugar, evaluar la estandarización de las acciones comunes y someterlas a una mejora continuada de la calidad .19

Para realizar un correcto uso del PE se requieren importantes competencias, que algunas autoras identifican como el núcleo del proceso enfermero. Se pueden clasificar estos requisitos previos en: conocimientos, habilidades y actitudes.

La enfermería debe poseer una amplia y variada base de conocimientos, que permitan valorar el estado fisiológico y psicológico de la persona, diagnosticar respuestas humanas ante estados de salud, e identificar los factores que la influyen. Las actuaciones en cuidados de enfermería estarán basadas en conocimientos científicos, que acrediten mayor efectividad.20

Primera etapa: Valoración

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso. Datos y valoración En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación

Segunda etapa: Diagnóstico

Esta etapa comprende:

Procesamiento de datos: Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.

Interpretar los datos: · Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas. · Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir. Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
2. En al interpretación.
3. En la falta de conocimientos clínicos.

B. La formulación del diagnostico:

Tercera etapa: Planeamiento del cuidado.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería. Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

Cuarta Etapa: Ejecución del plan.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan. De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería. En el paciente ambulatorio lo ejecuta

el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

Quinta Etapa: Evaluación

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad. 21 Algunos autores, entre ellos Kelly, proponen la evaluación como núcleo del Proceso de Enfermería que ella llama modelo de juicio-acción. Para esta autora la evaluación tiene un significado de decisiones para asignar valores a la información con el fin de pesar, discriminar, cuantificar y calificar. Esta forma de evaluación es diferente a la conocida evaluación de resultados.**21**

5.5 HISTERECTOMÍA

Definición o concepto de cirugía:

La histerectomía o extirpación del útero ha pasado de ser una de las técnicas quirúrgicas de importancia que se lleva a cabo con mayor frecuencia en la práctica ginecológica Según sean los tejidos extirpados, se diferencian distintos tipos de histerectomía.**3**

Histerectomía sub total, suprecervical o parcial: Se reseca solamente el cuerpo del útero, es decir todo el útero exceptuando el cérvix

Histerectomía total o panhisterectomía: Se extrae todo el útero , incluido el cérvix.

Histerectomía total o con salpingo-ooforectomía bilateral se extirpa todo el útero junto con las trompas de Falopio y los ovarios.³

Definición concepto de la enfermedad:

Es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así; como el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en ginecología⁴

5.6 INDICACIONES

Sangrado uterino anormal:La evaluación de la mujer con sangrado anormal debe de incluir la búsqueda de la causa, problemas del tracto reproductivo, como los pólipos, neoplasias endometriales y problemas asociados con el embarazo. El tratamiento de la hemorragia uterina anormal se debe de iniciar con tratamiento medico antes de sugerir algún procedimiento quirúrgico. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la edad de la paciente y el deseo a no de conservar su fertilidad.

Miomatosis Uterina:Los miomas uterinos son los tumores ginecológicos mas frecuentes y están presentes en 30% de las mujeres en edad reproductiva.El tratamiento se debe individualizar basándose en los síntomas, el tamaño del utero y de los miomas y la fertilidad de la paciente.

Endometriosis: En esta patología la histerectomía se debe considerar en presencia de síntomas severos, particularmente en dolor intratable, falla de otro tratamiento o intolerancia a los efectos colaterales y cuando ya no existe deseo de conservar fertilidad.⁵

5.7 EPIDEMIOLOGÍA

La histerectomía en frecuencia, es la segunda cirugía ginecológica después de la cesárea en mujeres en edad reproductiva . En Estados Unidos se estima en 650.000 histerectomías cada año. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años. Si se considera el grupo entre los 45 y 54 años, la frecuencia de esta cirugía aumentó desde 8,9 por 1000 en 1994 a 10 por 1000 en 1999 . En EEUU un tercio de las mujeres a los 60 años han sido sometidas a una histerectomía y el 60% se realiza por vía abdominal. Una revisión publicada en 2003 demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando principalmente la histerectomía total abdominal, es que se sienten más seguros con esta técnica y/o la conocen mejor, y en segundo lugar creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer⁷

5.8 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

Útero(Matriz) Forma parte del camino que siguen los espermatozoides depositados depositados en la vagina para alcanzar las trompas uterinas. Es también el sitio de implantación de óvulos fecundados de desarrollo para el feto durante el embarazo y el parto. Durante los ciclos reproductores en los que la implantación no se produce, el útero es el sitio de origen del flujo menstrual.

Situado entre la vejiga urinaria y el recto el útero tiene el tamaño y la forma de una pera invertida. En las mujeres que nunca estuvieron embarazadas mide alrededor de 7,5 cm de largo, 5cm de ancho y 2,5 de espesor. Es mas grandes en las mujeres con embarazos recientes y mas pequeño (atrófico) cuando los niveles de hormonas son mas bajos, como ocurre después de la menopausia.

Las Subdivisiones anatómicas del útero son:

- 1.) Fondo uterino una porción en forma de cúpula por encima de las trompas uterinas

2.) Cuerpo Uterino: Una porción central estrecha

3.) Cuello o Cérvix: Una porción inferior angosta que se abre hacia la vagina

Entre el cuerpo del útero y el cuello se encuentra el istmo, una región estrecha de alrededor de 1 cm de largo. El interior del cuerpo uterino constituye la cavidad uterina y la porción interior del cuello, el conducto del cuello uterino (canal cervical). El canal cervical se abre hacia la cavidad uterina por el orificio interno y a la vagina por el orificio externo.

Varios ligamentos que son extensiones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, mantienen el útero en posición.

Los ligamentos anchos son pliegues dobles de peritoneo que fijan el útero a cada lado de la cavidad pélvica.

El par de ligamentos rotouterinos (uterosacros) también extensiones peritoneales se sitúan del lado del recto y conecta el útero con el sacro.

Los ligamentos cardinales (ligamentos transversos o de Mackendodt) se ubica por debajo de las bases de los ligamentos anchos se extiende de la pared pélvica hasta el cuello y la vagina.

Los ligamentos redondos son bandas de tejido conectivo fibroso ubicado entre las capas de ligamentos anchos se extiende desde un punto inmediatamente inferior en las trompas uterinas hasta la porción de los labios mayores, en los genitales externos.

La inclinación posterior del útero se **llama retroflexión** es una variante no patológica de la posición normal.

5.8.1. FISIOLOGÍA:

El útero está compuesto por tres capas de tejido: Peritoneo, miometrio y endometrio. La capa externa o perimetrio es una serosa que forma parte del peritoneo visceral. El peritoneo está formado por epitelio pavimentoso simple y tejido conectivo areolar. Lamentablemente se convierten en ligamentos anchos.

Endometrio: Capa media del útero esta formada por tres capas de fibras musculares lisas mas gruesas en el fondo y mas delgadas en el cuello. La capa media es mas gruesa es circular las capas internas y externas son longitudinales u oblicuas.

Endometrio: La capa interna del útero se encuentra ricamente vascularizada y tiene tres componentes 1) Una capa mas interna del epitelio cilíndrico simple (células ciliadas y secretorias) 2)Una capa subyacente de estroma endometrial 3) glandulas endometriales uterinas .

La capa funcional del (stratum basalis) reviste la cavidad uterina y se desprende durante la menstruación.

5.8.2 FISIOPATOLOGÍA:

Miomatosis uterina

Los miomas uterinos son tumoraciones benignas del musculo liso del útero, bien circunscritos, pseudoencapsulados y de tamaño variable (desde milímetros hasta grandes tumores que ocupa toda la cavidad abdominal). Según su localización pueden clasificarse como miomas subserosos, intramurales o submucosos(los mas sintomáticos). Se asocian con periodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y ocasionalmente dolor. Son las neoplasias benignas más comunes del aparato genital femenino, tumores monoclonales resultados de mutacionessomáticas

En su patogenia intervienen varias anomalías cromosómicas, en particular 7,12,14.Son dependientes de estrógenos y progesterona y por lo general presentan regresión de la menopausia. Se maligniza en menos de 1% de los casos. Los miomas pueden sufrir cambios degenerativos secundarios a la alteración de la circulación o venosa por atrofia infección o transformación maligna⁶

5.9FACTORES DE RIESGOS PARA LA APARICIÓN DE MIOMATOSIS UTERINA:

- El rango de edad de aparición de los miomas puede ir desde los 20 a los 70 años, con mayor incidencias entre los 35 a 45años

- Multiparidad factor de riesgo para la miomatosis uterina
- Obesidad y sobrepeso incrementa el riesgo de desarrollar miomas por el efecto estrogénico sostenido.
- Las condiciones que aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva son factores de riesgo para desarrollar miomatosis uterinas como menarca temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógeno, ingesta de altas dosis por tiempo prolongado de hormonales orales.**5**

5.10. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más frecuentes de útero miomatoso son:

- Trastornos hemorrágico
- Dismenorrea
- Esterilidad
- Infertilidad
- Los síntomas de compresión de órganos

La localización, el tamaño y el número de miomas son fundamentales en la forma de presentación de la sintomatología.**6**

5.11 COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DE HISTERECTOMIA:

- Riesgo de hemorragia
- Apertura de la cavidad uterina
- Adherencias
- Debilidad de la pared, riesgo de ruptura.**6**

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 46 años de edad la cual se encuentra en área de ginecología en área de labor ya que está programada para ser intervenida quirúrgicamente, acompañada de familiares esposo y dos hijos. Paciente refiere abundante sangrado vaginal, dificultad para orinar y dolor al defecar, dolor tipo cólico, se observa facies pálidas, refiere que como método anticonceptivo uso por tiempo prolongado de hormonales orales, comenta haber estado internada ya en dos ocasiones por el mismo problema. A la exploración revela un útero aumentado de superficie regular. Se analizan laboratorios dando como resultado leve anemia. Pasa posteriormente a quirófano.

Antecedentes Personales:

- **Patológicos**

Paciente femenino de 46 años de edad la cual niega antecedentes patológicos.

Antecedentes alérgicos:

Al polen y al polvo

Antecedentes quirúrgicos o traumáticos:

Refiere que se le realizó cesárea ya hace 13 años

- **No patológicos:**

Paciente femenino de 46 años de edad actualmente vive en la ciudad de San Luis Potosí, zona urbana en casa habitacional de 2 plantas refiere contar con

todos los servicios indispensables (agua, luz, caño, internet). Cuenta con tipo de familia nuclear, no alcohólica ni fumadora, hábitos alimenticios malos, con escolaridad hasta la preparatoria y refiere dedicarse a las ventas.

- **Heredo-familiares**

Comenta que su madre es diabética, paciente niega antecedentes de cáncer, tuberculosis, malformaciones. Niega haber recibido paquete globulares

6.1 VALORACION FISICA:

Paciente femenino de 46 años de edad consiente, alerta, orientada, se encuentra en el área de ginecología labor, con programación de cirugía quirúrgica, la cual ya se le practica a la valoración por enfermería se observa facies pálidas, mucosas hidratadas, al interrogatorio paciente refiere dolor pélvico tipo cólico, con un EVA de 7 con sangrado vaginal regular, con disuria, dificultada para defecar, desde hace dos días. Hemodinamicamente estable en signos vitales. Refiere desilusión al procedimiento que se le realizó.

VALORACION CEFALOCAUDAL:

Paciente consciente, depresiva, temerosa orientada en sus tres esferas, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado a la palpación no se encuentra lesión ni presencia de parásitos, de color negro, se observa simetría en su cara con ligera palidez ojos simétricos con buen movimientos oculares, buena posición y alineados, esclerótica hidratada con color rosado, pupilas isocóricas con reacción a la luz, narinas permeables, no se observa secreciones, sus oídos están simétricas, integra, con perforaciones en cada una de las orejas por aretes no presentes, labios decolor rosa no se observan heridas ni laceraciones en los labios, pieza dental completa sin presencia de halitosis, lengua se encuentra libre de lesiones, encías de color rosado, carrillos se observan de color rosado, lisa, brillosa sin

dificultad para hablar, tragar o morder. tórax se procede a la auscultación lo cual pulmones se escuchan ventilados, palpación, , inspección se observa la expansión correcta del tórax, con pulso cardiaco rítmico, test morena a la exploración se observa brazo derecho con catéter periférico de colocación de fecha de 10-03-16 se le transfundió un paquete globular de sangre, por presentar leve anemia, vello mínimo, brazo izquierdo, sin presencia de heridas, dedos sin lesiones visibles, uñas, cortadas sin presencia de micosis u alteraciones. Se observa pequeña herida en área de hipogastrio sin datos de infección, protegida con parche, a la valoración de genitales íntegros se observa sangrado vaginal escaso, sin olor fétido. Miembros inferiores completos, con buena respuesta a la movilidad.

Peso: 81.200kg

Talla: 1.50

FC: 86x1

FR:18

T/A130/90

T° 36.3

VII.- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

7.1 PATRÓN 1.- PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Paciente describe y percibe estado de salud bueno comenta no enfermarse continuamente. No practica perjudiciales para su salud negando consumir cualquier toxicomanía, como acciones preventivas comenta tener su esquema de vacunación completo, realización de Papanicolau cada año, sin embargo, no realiza ningún ejercicio, tomando un estilo sedentario. Comenta no haber sufrido accidentes tanto caseros como laborales, a estado hospitalizada anteriormente por cesárea hace 13 años y en dos ocasiones anteriores por el problema de miomatosis uterina, Niega ser alérgica a medicamento, pero si alérgica al polen y al polvo. Ha sido intervenida quirúrgicamente por histectomía abdominal, se observa herida quirúrgica en área de hipogastrio, sin datos de infección, protegida con parche. Se da brinda orientación en cuidados de herida en casa. Los medicamentos que se administran 40mg omeprazol IV, 60 mg Ketorolaco IV, 1gr ceftriaxona.

7.2 PATRÓN 2.- NUTRICIÓN METABÓLICO:

Se encuentra en ayuno, a la exploración de cavidad oral se observa un estado de hidratación regular en mucosas y encías, piezas dentales completas, piel pálida, cabello hidratado bien plantado. Abdomen simétrico, presencia de estrías y de herida quirúrgica. Se esta administrando 1000ml de Sol Hartman para 24 horas.

7.3 PATRÓN 3.- ELIMINACIÓN:

Paciente sin dificultad para miccionar y por el momento no a defecado.

7.4 PATRÓN 4.- ACTIVIDAD / EJERCICIO

A la valoración paciente depresiva, con estado a la negación del proceso que se le ha realizado, se observa cansada, con disminución de la movilidad por herida quirúrgica. Signos vitales en parámetros normales:

FC: 86x1 FR:18 T/A130/90T° 36.3

7.5 PATRÓN 5.-SUEÑO/DESCANSO.

Refiere no tener dificultad para escuchar, ni niega tener ninguna alteración en cuanto a sentidos del gusto, olfato y tacto. Su habla es clara con un tono bajo, distraída a la valoración, expresa dolor en la herida quirúrgica al movimiento, con una Eva de 7. Refiere tener dificultad para dormir en la estancia hospitalaria.

7.6 PATRÓN 6.-COGNITIVO PERCEPTUAL

Paciente tranquila, cooperadora, actividad, sin ningún problema para responder a las interrogantes que se le realizan, vocabulario preciso y congruente, sin dificultades para el habla, al interrogatorio paciente comenta sentirse fracasada, deprimida por quitarle parte de ella. Se observa facies de dolor y manifiesta dolor en herida quirúrgica.

7.7 PATRÓN 7.- AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

Paciente manifiesta no tener problema en la adaptación en cualquier circunstancia o problema y trata de adaptarse rápido. En su situación actual se siente un poco decepcionada, como un sentido de negación responde ella pero muy querida por la atención familia, personal de salud.

7.8 PATRÓN 8.- ROL/RELACIONES

Refiere vivir con esposo e hijas con los cuales lleva una buena relación, en este momento cuenta con el apoyo familiar.

7.9 PATRÓN 9.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:

Paciente comenta su menarca fue a los 12 años, con un ritmo de 4x28 cada mes con IVSA a los 17 años, ha tenido dos embarazos un parto fisiológico y una cesárea, nunca tuvo abortos.

7.10 PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES

Paciente demuestra buena actitud ante los problemas, cuenta con más apoyo de sus familiares, principalmente de su pareja e hijas a quien más confianza les tiene, según menciona la paciente. A la exploración cooperadora, se observa con temor, desilusionada por su operación.

7.11 PATRÓN 11.- PRINCIPIOS VITALES:

Profesa la religión católica, refiere que no es de gran apego a su religión.

VIII.- PLAN DE ATENCIÓN:

8.1 Dolor Agudo (00132): Experiencia Sensitiva y emocional desagradable ocasionada por alguna lesión, tisular, real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the study of pain) inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort Físico

Valoración	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente femenino de años de edad consiente, alerta, cursando el posoperatorio por histerectomía abdominal. A la valoración por enfermería se	Dolor agudo F/R Expresa dolor M/P Agentes lesivos	Disminuir la molestia de dolor brindándole un mejor confort Monitoreo de signos vitales	Se utiliza los analgésicos en forma apropiada, utilizando los correctos en su aplicación.60 mg ketorolaco IV El manejo de signos vitales se puede prevenir alguna	Los AINES se basa en el bloqueo de la producción periférica y central de las prostanglandinas inhibiendo el dolor. Son medidas de características fisiológicas humanas, para	Disminución de dolor es favorable Signos vitales en parámetros normales, hemodinamicamente estable.

<p>observa facies de dolor, manifestando un Eva de 7/10, con dolor en área quirúrgica palidez de tegumentos. Signos Vitales: FC: 86x1 FR:18 T/A130/90 T° 36.3</p>		<p>Control de síntomas</p>	<p>alteración del paciente Reconocer síntomas causales del dolor</p>	<p>valorar las funciones básicas del paciente Utilizar medidas preventivas</p>	<p>Se controlo factores responsables del dolor, dando un mejor confort a nuestra paciente</p>
---	--	----------------------------	---	--	---

8.2 Riesgo de síndrome protraumático(00145)

Riesgo de presentar una respuesta desadaptadora, sostenida a un acontecimiento traumático, abrumador.

Dominio 9:Afrontamiento /Tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamentó	Evaluación
Paciente femenino de 46 años de edad, al interrogatorio sentirse un poco deprimida, el hecho de quitarle una parte de ella la desilusiona comenta la paciente.	Riesgo de síndrome protraumático F/R Percepción del acontecimiento	Dar soporte emocional para que nuestra paciente exprese sus sentimientos Planificar estrategias para reducir la depresión	Identificar el nivel de depresión Orientación en cuidados y apoyo tanto a familiares como a paciente	Mediante la entrevista verificar a la paciente lo que manifiesta Brindarle la confianza a nuestra paciente y que puede desarrollar conducta saludable	Paciente sentirse más relajada expresa Paciente trata de adaptarse a la situación con el apoyo de sus familiares

IX. PLAN DE ALTA

Se Brinda orientación tanto a familiares como a paciente del procedimiento que se le realizo las posibles complicaciones más comunes, datos de alarma y se dan a conocer signos y síntomas, se explica la importancia del tratamiento farmacológico que es de suma importancia.

Se pide ayuda a familiares en el estado emocional de la paciente, así como el buen cuidado en casa

CUIDADOS ESPECIFICOS POS- HOSPITALARIOS

Se orienta en llevar dieta saludable baja en grasas, rica en fibra, beber abundantes líquidos y la importancia de su tratamiento farmacológico, así como las siguientes indicaciones y datos de alarmas:

- Retiro de puntos en 15 días
- Curación diaria con jabón neutro y agua
- Datos de alarma: No debe de estar enrojecido ni caliente el área, no debe estar inflamado, no debe de supurar pus, dolor al tacto, no mal olor si presenta cualquier dato es posible que su herida este infectándose acudir con su medico para chequeo
- Tomar su medicación como indica medico
- Vigilar sangrado transvaginal datos de alarma: No debe se ser exceso, ni con mal olor
- No levantar cosas pesada
- Evitar actividades extenuantes y la fatiga
- Evitar relaciones sexuales hasta que su medico le indique

X CONCLUSIONES

En el presente trabajo se realizó cuidados planificados e individualizados de enfermería de acuerdo a las necesidad del paciente a sido de utilidad y de beneficio para el paciente, con lo que se logró el mejor confort brindado al paciente, ofreciendo y brindando orientación en cuidados en casa para su recuperación pronta. Se vigiló el estado de conciencia, marcha, vigilancia de posibles complicaciones y datos de alarma Se puede concluir que ha presentado una mejoría satisfactoria.

La importancia en la aplicación del Proceso cuidado enfermero es sumamente importante para el profesional de enfermería aumenta la satisfacción laboral ya que implica un desarrollo de la profesional, las cuales se basan en la capacidad del profesional en ayudar al paciente y satisfacer las necesidades identificadas mediante la valoración, se estimula la creatividad, la innovación a la hora de solucionar los problemas de los cuidados enfermeros.

El profesional de enfermería le da un beneficio al paciente al uso del proceso ya que le esta brindando un cuidado integral, con una atención de calidad, involucrando al paciente para formar parte de este proceso y poder alcanzar las metas establecidas, así como el cuidado y su plan de alta.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ann Marriner Tomey, Martha Raile, Modelos y teorías en enfermería, Editorial: Edide, s.l séptima edición, España, 2011.
- 2.- Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson, principios de anatomía y fisiología, Editorial Medica panamericana, 13 edición, México, 2013, p.1149 a p. 1152
- 3.- Maria Villalba, Montse Albert Manual de Enfermería, Editorial Grupo Océano, Nueva Edicion Barcelona España,2014,P.348
- 4.- Toledo GG. Características clínicas y epidemiológicas de las Pacientes sometidas a histerectomía abdominal total En el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. [on line] Consultado el 23 de enero de 2018 de www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2011_2/Art2_Vol11_N2.pdf
- 5.- Guia de Práctica Clínica. Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención. [on line] Consultado el 13 de enero de 2018 de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/454_GPC_Histerectomxa_segundo_nivel/SSA-295-10_Histerectomxa_-_RER_xcorregidax.pdf
- 6.- Quintanar T:L. Manuel de medicina Interna. [on line] Consultado el 22 de diciembre de 2018 de: <https://books.google.com.mx/books?Id=yabedaaaqbaj&pg=PT300&dq=miomatosis+uterina&hl=es-419&sa=X&ved=0ahukewixlo-Uj93YAhUQJKwKHVC5C4IQ6AEIVTAJ#v=onepage&q=miomatosis%20uterina&f=false>
- 7.-Revista chilena de obstetricia y ginecología
Versión impresa ISSN 0048-766X*versión On-line* ISSN 0717-7526
- 8.- **Fundamentos De Enfermeria / Nursing Fundamentals - Página 9**
[Https://books.google.com.mx/books?isbn=9681854063](https://books.google.com.mx/books?isbn=9681854063)
- 9.- **Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología**
[Https://books.google.com.mx/books?isbn=6074484937](https://books.google.com.mx/books?isbn=6074484937)
10. Vega P. Y Rivera S. Cuidado holístico, ¿mito o realidad?. Consultado el 3 de noviembre de 2019 [on line] de: [Http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/201/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf](http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/201/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf)
- 11.- <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312/17244>

12.- Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC - Página 137
[Https://books.google.com.mx/books?isbn=1456236105](https://books.google.com.mx/books?isbn=1456236105)

13.- **Filosofía y práctica de enfermería:**
<https://books.google.com.mx/books?isbn=6074485542>

14.- **Proceso y diagnósticos de enfermería: Aplicaciones**
<https://books.google.com.mx/books?isbn=6074484015>

15.- **Fundamentos De Enfermeria / Nursing Fundamentals - Página 345**
[Https://books.google.com.mx/books?isbn=9681854063](https://books.google.com.mx/books?isbn=9681854063)

16.- <https://www.universidadviu.es/proceso-atencion-enfermeria-concepto-etapas/>

17.- <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

18.- <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>

19.- **Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación ...**
[Https://books.google.com.mx/books?isbn=8479785837](https://books.google.com.mx/books?isbn=8479785837)

20.- **[PDF]tema 14. Metodología de enfermería: fases del proceso ... - Grupo CTO**
[Www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf)

21.- **PDF]proceso de atencion de enfermeria pae - UNICAUCA**
Artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/.../procesodeatenciondeenfermeria-PAE.pdf