



**ESCUELA DE ENFERMERÍA
"MARÍA ELENA MAZA BRITO"**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"**

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
CLAVE 3049-12

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE POSTOPERADA DE
HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN BASE AL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

Laura Guzmán Jiménez

Nº de cta. **966126442**

Director del trabajo:

Lic. Enf. Florita López Carvajal

México, octubre 2006



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.

I N D I C E

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
• General	3
• Específico	3
Metodología del Trabajo.....	4
• Tipo de Investigación	5
• Trabajo realizado durante el servicio social	5
Marco Teórico.....	6
○ Proceso Atención Enfermería	7
○ Valoración	9
○ Diagnóstico	10
○ Planeación	13
○ Ejecución	14
○ Evaluación	15
○ Antecedentes históricos de la NANDA	15
○ NANDA	16
○ Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)	19
○ Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	21
Virginia Avenel Henderson.....	25
○ Función de Enfermería	25
○ Modelo Conceptual	26
○ Intervención de Enfermería	26
○ Necesidades Básicas Humanas	27
✓ Necesidad de respirar normalmente	27
✓ Necesidad de comer y beber adecuadamente	28
✓ Necesidad de eliminación	28
✓ Necesidad de moverse y mantener una postura	28
✓ Necesidad de dormir y descansar	28

✓ Necesidad de vestirse	29
✓ Necesidad de mantener la temperatura	29
✓ Necesidad de proteger la piel	29
✓ Necesidad de evitar peligros ambientales	29
✓ Necesidad de Comunicarse	29
✓ Necesidad de practicar su religión	30
✓ Necesidad de trabajar	30
✓ Necesidad de recreación	30
✓ Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad	30
○ Metaparadigma	30
Prestación del Caso.....	32
Valoración.....	34
○ Jerarquización de Necesidades	42
Plan de Cuidados de Enfermería.....	44
○ Cuadro 1	45
○ Cuadro 2	49
○ Cuadro 3	51
○ Cuadro 4	52
○ Cuadro 5	53
○ Cuadro 6	54
○ Cuadro 7	55
○ Cuadro 8	56
○ Cuadro 9	57
○ Cuadro 10	58
Plan de Alta.....	59
Conclusiones.....	62
Glosario.....	63

Bibliografía.....	65
Anexos.....	66
○ Miomatosis Uterina	69
○ Histerectomía	67

I N T R O D U C C I Ó N

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

La enfermera continúa mejorando su método de atención llamado Proceso Atención Enfermería, el cual sistematiza y ordena los cuidados para implementar acciones oportunas y eficaces.

El Proceso Atención enfermería que se describe a continuación es con el fin de cumplir con el trabajo de titulación para presentar examen profesional.

La atención de enfermería es el arte de cuidar a individuos sanos o enfermos así mismo familias y comunidades.

El modelo con el cual se trabajo es el de **Virginia Henderson** que permite detectar necesidades de manera organizada y proporcionar cuidados específicos.

La **Histerectomía** es la extirpación quirúrgica del útero debido a múltiples razones; se utiliza como uno de los tratamientos para la miomatosis uterina en donde los criterios de inclusión especifican que para realizar este procedimiento la paciente debe presentar sangrado transvaginal anormal, dolor intenso en el área del hipogastrio y útero aumentado.

J U S T I F I C A C I Ó N

El presente trabajo tiene como finalidad conjuntar los conocimientos aprendidos para cumplir con el requerimiento de presentación de examen profesional y de este modo ejercer la carrera libremente y gozar de los beneficios que trae, por medio del Proceso Atención Enfermería siendo esta una herramienta que organiza los cuidados y previene riesgos para evitar complicaciones que alargan la estancia hospitalaria y deterioran el estado de ánimo. De este modo brindar una atención de Enfermería eficaz, eficiente, oportuna y humanística para el mejoramiento del estado de salud del la paciente.

OBJETIVOS

GENERAL DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Aplicar los conocimientos teóricos – prácticos con la metodología del Proceso Atención Enfermería en una paciente postoperada de Histerectomía Abdominal brindando cuidados individualizados y que esté sirva de herramienta para estudiantes y profesionales.

ESPECÍFICOS

- Contar con un instrumento que sirva de guía a las enfermeras para detectar necesidades y brindar cuidados en una paciente postoperada de histerectomía
- Conjuntar los conocimientos de manera sistematizada para la aplicación del Proceso Atención Enfermería.
- Brindar una atención de Enfermería holística con calidad y calidez en una paciente postoperada de Histerectomía Abdominal.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para desarrollar el presente trabajo fue necesario aplicar la metodología: de la observación, investigación bibliografía y la recolección de datos de forma directa para describir y explicar el análisis de la información que se desarrolla en los planes de atención de Enfermería.

TRABAJO REALIZADO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL:

La unidad donde se desarrollo esta investigación fue en el **Hospital Materno Infantil Topilejo** en el servicio de Hospitalización sección Ginecología durante el servicio social. La información fue obtenida de fuentes directas e indirectas como el expediente clínico.

Marco Teórico

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso atención enfermería "Es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente" Alfaro, 1999.

Sus características son:

"Es un **método** por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados (valoración, planeación, ejecución y evaluación).

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionarse.

Es **intencionado** por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptable a cualquier teoría y modelo de enfermería".¹

¹ RODRIGUEZ, Bertha. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Ed Cuellar, ed 2ª 2002

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1. **Valoración:** permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos con los que se cuentan.
2. **Diagnóstico:** consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.
3. **Planeación:** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
4. **Ejecución:** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
5. **Evolución:** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar la competencia de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

VALORACIÓN²

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen "todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que logra el conocimiento integral de la persona o grupo. Se puede realizar con alguna teoría o modelo de enfermería, así como utilizar el método de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Las tres etapas para realizar una valoración:

1. Recolección de la información
2. Validación de la información
3. Registro de la información

Recolección de la información se inicia desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta. Se obtiene la información de fuentes directas como indirectas. También es indispensable contar con una guía (historia clínica de enfermería) durante la recolección de la información.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente.

Validación de la información se realiza una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para ser seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. Esta etapa evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Sí se necesita revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar

² *Ibíd.* Pág. 7

datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y otras integrantes del equipo sanitario.

Registro de la información

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Se recomienda evitar juicios de valor, escribir textualmente lo que el usuario expresa, escribir con letra clara, etc.

DIAGNÓSTICO³

Es una función intelectual compleja. Juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes.

Los pasos fundamentales de esta etapa son:

- Razonamiento diagnóstico.
- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- Validación
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico

Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta humana, de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud real y de riesgo, en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

³ *Ibíd.* Pág. 7

Problema interdependiente o de colaboración es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Clasificación de los diagnósticos enfermeros

- **Diagnóstico enfermero real:** describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias además de tener factores relacionados.
- **Diagnóstico enfermero de riesgo:** describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. No existen características definitorias (datos objetivos o subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).
- **Diagnóstico enfermero de salud:** es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel aún mayor.

Los problemas interdependientes se clasifican en

- **Reales:** el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas.
- **Riesgo:** si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas

Los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

Estructuración de los diagnósticos enfermeros

Al utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Diagnóstico enfermero real:

Problema + factores de riesgo y datos objetivos y subjetivos

Diagnóstico enfermero de riesgo:

Problema + factores de riesgo

Para los factores de riesgo hay que anteponer al nombre de la categoría diagnóstica la palabra: **RIESGO DE**.

Los diagnósticos de salud: es el nombre correspondiente a la respuesta humana, potencial de aumento de o potencial de mejora.

Estructuración de los problemas independientes.

Se recomienda utilizar las palabras **secundario a:** y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras **manifestado por.**

La validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Una vez validados los diagnósticos enfermeros pueden escribirse en una hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidado para iniciar con la etapa de plantación.

PLANEACIÓN⁴

⁴ *Ibíd.* Pág. 7

La elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las repuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Los pasos para realizar la planeación son:

- **Establecer prioridades:** identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario. La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas.
- **Elaborar objetivos:** mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados. Dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrado, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras.
- **Determinación de acciones de enfermería:** son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnostico enfermero o problema interdependiente. Determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.
- **Documentación del plan de cuidados:** es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

EJECUCIÓN

Esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.⁵

Pasos para la evaluación:

- La preparación
- La intervención
- La documentación

Preparación:

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

Las intervenciones de enfermería independiente e interdependiente planeadas. No como las respuestas planeadas y fisiopatológicas son cambiantes. En cada intervención de enfermería, "usted es tan responsable de los resultados emocionales como los resultados físicos", por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta.

⁵ Ibid. Pág. 7

La documentación es el registro que realiza la enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

EVALUACIÓN

Determina el logro de los objetivos; identifica las variables que afectan y decide si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.⁶

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NANDA

Desde hace varios años en la literatura enfermera se discute la necesidad de unificar o estandarizar los lenguajes de los enfermeros. Un lenguaje enfermero unificado sirve para varios propósitos, incluyendo los siguientes:

- Proporciona un lenguaje a las profesionales de la enfermería para comunicar que realizan entre ellos mismo, con otros profesionales sanitarios y con la población.
- Permite la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros.
- Permite el desarrollo de sistemas electrónicos de la información clínica y del registro electrónico del paciente.
- Proporciona información sobre la formulación de políticas organizativas y publicas

⁶ Ibid. Pág. 7

- Facilita la enseñanza de toma de sediciones clínicas a los estudiantes enfermeros.

La contribución del lenguaje enfermero estandarizo a la práctica y al desarrollo de la enfermería descrita en la Nursing Interventions Classifications (NIC) y la Nursing Outcomes Classifications (NOC). Las relaciones entre tres de los lenguajes estandarizados Diagnósticos de la NANDA, NIC y NOC son el principal paso para facilitar el uso de estos lenguajes en la práctica, la educación y la investigación. Para aquello que no esté familiarizado con el lenguaje.

NANDA

El uso del lenguaje enfermero inicio durante la década de 1970 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El reconocimiento profesional de los diagnostico enfermeros se llevó a cabo en 1980 cuando la ANA publicó Nursing A Social Policy Statement, donde manifiesta que la "Enfermería trabaja con diagnóstico y el tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales ó potenciales".⁷

La actualización de 1985 donde mantiene esta declaración "los diagnósticos facilitan la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios y proporcionan una dirección inicial en la elección se tratamientos y la posterior evaluación de los resultados de los cuidados .

Un diagnóstico enfermero es "un juicio clínico sobre la respuesta individuales familia ó sociales a problemas de salud, proceso vitales reales ó potenciales". Los diagnósticos

⁷ Diagnosticos Enfermeros: definiciones y Clasificaciones 2005 – 2006 NANDA INTERNATIONAL, Ed elsevier

enfermeros proporcionan la base para elegir los resultados de lo que el profesional enfermero es responsable.

La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de la enfermería se reunieron en St. Louis, Missouri organizaron el primer National Conference Group For THA Classification of Nursing Diagnosis (North American Nursing Diagnosis Association, 1999). Las primeras conferencias fueron por invitados e incluyeron sesiones de trabajo donde los participantes desarrollaron y revisaron y agruparon diagnósticos basados en su habilidad y experiencia.

En 1982 se había desarrollado y aceptado una lista alfabética de 50 diagnósticos enfermeros para su prueba en el ámbito clínico, y las conferencias se abrieron a la comunidad enfermeras.

El desarrollo de la taxonomía comenzó en el tercer congreso y la primera taxonomía se aceptó en el séptimo congreso. La Taxonomía 1 incluye nueve patrones que comprende los campos:

- Intercambios
- comunicaciones
- relaciones
- valores
- elecciones
- movimientos
- percepción
- conocimientos
- sentimientos
- sensaciones.

Actualmente el comité de la NANDA a ha propuesto, aunque no ha aprobado, una taxonomía revisado dentro de un marco multiaxial.

Para ampliar el trabajo de la NANDA se alcanzó un acuerdo de colaboración entre un equipo de investigación de la Escuela de la Universidad de Iowa y la NANDA. El objetivo es mejorar la extensión, el alcance y la utilidad clínica de la clasificación NANDA de 1998.

La terminología NANDA ha sido traducida a nueve idiomas y se utiliza en más de 20 países de todo el mundo. En 1998 la NANDA celebró su aniversario. La organización que comenzó en las comunicaciones orales y escritas de profesionales de enfermería en 1973 ha evolucionado para desarrollar un vocabulario diagnóstico enfermero formalizado y codificado; para verificar el vocabulario con las investigaciones, y para asegurarse el lenguaje esté preparado para ser incluido en el registro informatizado del paciente.

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATIONS (NIC)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Johann McCloskey y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa.

El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza las enfermeras. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente donde éste es el centro del interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de la enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independiente como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos. Una intervención se define como "todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Cada intervención de NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y la breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de las intervenciones son el contenido de la intervención que está estandarizado y que no debe cambiarse como se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo, estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de la enfermería elige las más adecuadas para individuo o familia concreta. Si lo considera necesario, puede añadir nuevas actividades, sin embargo todas las modificaciones y adiciones deben ser congruentes con la definición de la intervención, las clasificaciones se actualizan continuamente, habiéndose publicado tres ediciones; la primera edición, publicada en 1992, consta de 336 intervenciones, la segunda, publicada en 1996, incluía 433 intervenciones, y la tercera edición, publicada el año 2000, 486 intervenciones.

Las 486 intervenciones de la tercera edición están agrupadas en 30 clases y 8 campos para facilitar su uso. Estos últimos son:

1. Fisiológico
2. Básico
3. Fisiológico complejo
4. Conductuales
5. Seguridad

6. Familia
7. Sistema sanitario
8. Comunidad

Teniendo en cuenta que un profesional de la enfermería tendrá experiencia en un número ilimitado de intervenciones que reflejan su especialidad, el conjunto de las clasificaciones reproducen las experiencias de todos los profesionales de la enfermería. El NIC puede utilizarse en todos los entornos (unidad de cuidados intensivos, atención domiciliaria, cuidados prolongados y entornos de atención primaria) y en todas las especialidades (desde pediatría, obstetricia hasta cardiología y gerontología). Aunque el conjunto de las clasificaciones describe el campo de la enfermería, algunas de las intervenciones pueden ser llevadas a cabo por otras disciplinas. Se admite que otros proveedores sanitarios, distintos a los profesionales de la enfermería, utilicen la NIC para describir sus tratamientos.

Los pasos para su implantación se desarrollan y probaron a través de su aplicación en el campo clínico y se identificó la necesidad de interrelacionar la NANDA, NOC y NIC. Los libros de la NIC y otras muchas publicaciones proporcionan otras muchas informaciones sobre la investigación utilizada para construir y validar la NIC.

Las intervenciones NIC se han relacionados con los diagnósticos NANDA, el sistema de Omaha y los resultados NOC. La clasificación NIC se ha traducido a cinco idiomas y hoy en día se están realizando cinco traducciones adicionales. Su uso para documentar la práctica de la enfermería se está extendiéndose rápidamente, tanto a nivel nacional como internacional.

La clasificación se actualiza continuamente a través de un proceso de retroalimentación y revisión. Al final de libro de la NIC se

incluye las instrucciones para que los usuarios puedan enviar sugerencias para modificar intervenciones existentes o proporcionar nuevas.⁸

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA:

NURSING OUTCOMES CLASSIFICATIONS (NOC)

Desde la década de 1960 se han dedicado muchos esfuerzos a desarrollar medidas de los resultados que fueron utilizados para evaluar la práctica enfermera. En el año 1991 se creó un equipo de investigadores, conducido por Marion Jonson y Meridian Mas, en la Universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizado de los resultados que el paciente puede utilizar para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Es conocido que numerosas variables, juntos con las intervenciones, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizados en el suministro del cuidados , incluyen acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variable de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional y las circunstancias vitales.

⁸McCLOSKEY, Joane. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Ed Elsevier, ed 4ª 2005.

La NOC incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración. Un resultado se define como "un estado, conducta o percepción variable de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción". Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlo útiles para la evaluación de sus intervenciones.

Cada resultado tiene una etiqueta, definición y una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de cinco puntos para medir el estado del paciente, una breve lista de referencia utilizada en el desarrollo del resultado.

✓ 1= extremadamente comprometido a 5= no comprometido

✓ 1= nunca manifestado a 5= siempre demostrado

La escala permite medir el estado del resultado en cada de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno de cuidado. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La clasificación original publicada por primera vez en el año de 1997, contenía 190 resultados, la segunda edición, del 2000, incluía 260 resultados.

Los 260 de la segunda edición están agrupados en 29 clases y 7 campos para facilitar su uso, los siete grupos son:

1. Salud funcional

2. Salud fisiológica
3. Salud psicosocial
4. Conocimientos y conducta en salud
5. Salud percibida
6. Salud familiar
7. Salud comunitaria

Cada resultado está ubicado en una única clase y sólo tiene número de código que facilita el uso de los resultados en el sistema de información clínica computarizado. Cada indicador de resultado y escala de medida tiene un único número de código relacionado con el número de código del resultado. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario.

Aproximadamente 1200 profesionales de la enfermería representantes de 21 especialidades han respondido a estos cuestionarios. Hoy en día se están evaluando los resultados en nueve entornos clínicos que representan hospitales, atención institucional a largo plazo, atención domiciliaria, enfermería parroquial y centros de enfermería.⁹

Los resultados se han relacionados con los diagnósticos NANDA, el sistema Omaha el Long Term Care Minimum Data Set y las intervenciones NIC. El aumento de las peticiones para traducir el libro evidencia el interés manifestado en otros países por la NOC. La clasificación se ha traducido a cuatro idiomas y se están realizando cuatro tradiciones más.

La NANDA, la NIC y la NOC pueden utilizarse conjuntamente o por separado, juntos representan el campo de la enfermería en

⁹ JONSON, Marion. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Ed Elsevier science, ed 2ª

todos sus entornos y todas sus especialidades. Ha sido reconocido por ANA e incluida en la National Library.

VIRGINIA AVENEL HENDERSON

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Desarrolló un modelo conceptual influenciado por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.¹⁰

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

Y como miembro de un equipo multidisciplinar colaborar en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

¹⁰ <http://www.enursescribe.com/Henderson.htm>

EL MODELO CONCEPTUAL

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien

no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

LAS NECESIDADES HUMANAS

Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.¹¹

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona.

¹¹ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

LAS 14 NECESIDADES BASICAS HUMANAS¹²

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Maneja aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera esta obligada conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos así como los hábitos de este mismo.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

Se maneja si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace referencia a los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

¹² http://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente. Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene especial cuidado en la psicología, aparte de la fisiología. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O "SENSACIONES"

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores.
Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

Henderson definió 4 conceptos básicos del *Metaparadigma* de enfermería:

- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

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

P R E S E N T A C I Ó N D E L C A S O

Dx: miomatosis uterina

Dx. postoperatorio: Histerectomía por vía abdominal.

Mujer de 41 años Gesta 0, Parto 0, aborto 0, Cesárea 0, talla 1.52 cm, peso 58.9 kg, TA 110/70 la cual se presenta en la consulta externa con diagnóstico de miomatosis uterina de grandes elementos y sangrado transvaginal disfuncional. Se le realiza ultrasonido que confirma diagnóstico anterior, laboratorios preoperatorios los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, la valoración cardiológica refiere estar en ritmo sinusal y placa de RX de tórax sin alteraciones en la parenquima pulmonar. Se programa para Histerectomía abdominal.

Se realiza bloqueo peridural a nivel de L2 – L3 obteniendo punción roja por lo cual se cambia de espacio, colocándose en el tercer intento. Presenta náuseas y se procede a aplicar anestesia general.

Se le practica cirugía haciendo una incisión media infraumbilical con disección por planos, identificación, pinzamiento y ligadura de ligamentos uterinos y extracción de útero con sutura de cúpula y se sutura de pared por planos. Se encuentra útero con miomas de 12 X10 mm aproximadamente. Sin presencia de complicaciones durante el acto quirúrgico, con un sangrado aproximadamente de 4000cc. Con cuenta de gasas y compresas completa. Sale la paciente de del quirófano con signos vitales estables y dentro de límites normales. Pasa a recuperación, de esta unidad se transfiere a hospitalización sin complicaciones.

Tratamiento:

Glucosa 5 % 1000 P/8hrs

Fisiologica 1000 P/8 hrs

Glucosa 5% 1000 P/8 hrs

Amikacina 500 mg IV C/8

Ketorolaco 30 mg IV C/8hrs

Sonda Foley

Vendaje abdominal

Matamizol Tab 500mg c/8 hrs

VALORACIÓN

Nombre: IIH Edad: 41 Sexo: FEMENINO Estado civil: Soltera
Escolaridad: secundaria Ocupación: empleada domestica
Teléfono: S/TELEFONO Servicio: HOSPITALIZACIÓN
Domicilio: Calle Patlipa S/N Col. Hornos. Fecha: 06 junio 2006
Motivo de ingreso: Programada para Histerectomía abdominal por
Miomatosis Uterina de grandes elementos
Tiempo que tiene con el padecimiento: más de un año.
¿Toma algún medicamento?; Si () No ()
Especificar: Danazol

OXIGENACIÓN.

Tensión arterial: 110/70 Fr. Cardiaca: 76 por minuto Grupo
sanguíneo: O +
Patrón respiratorio: Ritmo: NORMAL Frecuencia: 18 por minuto
Estilo de vida: Sedentaria () Activa ()
¿Tienen algún problema con su respiración? Si () No ()
¿Cuál? _____
¿Tose? Rara vez (si) Frecuentemente (1-4 veces al día) ()
Siempre (mas de 4 veces) ()
¿Hay secreciones al toser? Si () No () Características:
¿Existe dolor al toser? Si () No () Descríbalo: dolor en el
abdomen debido a la herida quirúrgica
¿Se fatiga al realizar las siguientes actividades? Subir escaleras ()
Al caminar () Al comer () Otros ()
¿Fuma? Si () No () ¿Cuántos cigarros al día? ¿Desde cuando?
¿Qué hace cuando presenta algún problema respiratorio?
Descanzar y relajarse.
Coloración peribucal y de extremidades: coloración rozada sin
presencia de cianosis.
¿Utiliza algún dispositivo de apoyo respiratorio? Ninguno

OBSERVACIONES: Paciente sin compromiso respiratorio, solo presenta dolor leve en la zona abdominal a los mínimos esfuerzos.

NUTRICIÓN E HIDRITACIÓN

Peso: 58.9 Talla: 1.52 cm. ¿A perdido o ganado peso en los últimos seis meses?: Si () No (X) ¿Cuánto? _____ Se alimenta Solo (X) Con ayuda () Sonda () Otro ()

Horario y número de comidas habituales: 2 comidas al día

Cantidad de líquidos que ingiere el día: Menos de 500ml () 500 a 1000 ml. (X) Mas de 1000 ml. ()

Líquidos que acostumbra tomar: Agua (X) cantidad: 250 ml al día Refresco (X) cantidad: 700 Jugos () cantidad: 500 ml Té () cantidad: _____ café (X) cantidad 1 taza

Alimentos o líquidos que originan:

Preferencia: refresco

Desagrado: jugo de toronja

Dieta especial/suplementos: no tiene

Presencia de: Anorexia (no) Náuseas (no) Vómito (no)

Indigestión (no) Hiperácidez (no) Aumento de apetito (no)

Disminución del apetito (no)

Cavidad oral: Seca () Hidratada (X) Estomatitis ()

Caries (X) Prótesis () Gingivitis () Sensibilidad al frío (X)

Calor () Falta de piezas dentales: 1 molar

Tiene dificultad para: Masticar (no) Deglutir (no) Hablar (no)

OBSERVACIONES: paciente en riesgo de alteración a la hidratación debido a la ingesta de líquidos mínima.

ELIMINACION

INTESTINAL

En 24 horas: Frecuencia: 1 v/d Cantidad: 300 gr Color: café
obscura

Consistencia: secas Durante el tiempo de Hospitalizado: no ha evacuado.

¿Presenta algún problema al evacuar? Si () No (X) Dolor ()
Estreñimiento (X) Diarrea () Incontinencia ()
Hemorroides ()

¿Utiliza alguna ayuda cuando esta estreñado?: Líquidos ()
Alimentos (X) Fármacos () Enemas ()

Intestino: Dolor (X) Flatulencia (Si) Heridas (x)

Estoma (no)

VESICAL

En 24 horas: Frecuencia: Sonda Foley Cantidad: 930ml Color:
amarilla ambar.

Olor no Hematuria: (no) Nicturia (no) Disuria (no)

Sonda Vesical (Si) Pañal (no)

OBSERVACIONES paciente que presenta estreñimiento ocasional,
riesgo de infección debido a la sonda foley, la orina drenada es de
color ámbar con una cantidad adecuada.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Realiza actividad física? Si (X) No ()

Especificar: deambulación y baño

Camina (si) Tiempo: 10 minutos Corre (no) tiempo:

¿Tiene limitaciones para la actividad física? Si (si) No ()

Dolor muscular (si) Inflamación de articulaciones (no)

Parálisis (no) Defectos óseos (no) Fuerza y presión (no)

Reposo relativo (si)

Reposos absoluto (no)

OBSERVACIONES: Paciente que presenta problemas para movilizarse debido a la cirugía a la que fue intervenida y la sensación de que la herida quirúrgica puede abrirse.

DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuánto tiempo al día? Menos de 30 min. ()

De 30 min. a 1 hora (X) Mas de 1 hora ()

Tiempo sueño: Fisiológico (X) Inducido () Insomnio (X)

Ronquidos ()

Horas de sueño: Menos de 5 horas (X) de 5 a 7 horas () mas de 7 horas ()

OBSERVACIONES: Presenta alteración en el patrón de descanso y sueño debido a el dolor, ruidos y a la iluminación de la unidad hospitalaria.

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Cambios de ropa interior (X) Frecuencia: 1 diario Nylon ()

Algodón (X)

Cambio de ropa exterior (X) Frecuencia: 1 diario

Ajustada () Holgada (X)

¿Necesita ayuda par vestirse/desvestirse? Si (X) No ()

OBSERVACIONES: No tiene problemas para vestirse, usa regularmente ropa holgada y de acuerdo su edad.

TERMORREGULAR

Temperatura: 36.9 ° C Control de temperatura: Si (X) No ()

Medios: Toma de esta una vez en el turno.

¿Se protege de cambios bruscos de temperatura? Si (X) No ()

¿Cómo?: chamarras, según ocasión

OBSERVACIONES: Paciente normotérmica, refiere frío después del baño.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Baño: Parcial () Total (X) Frecuencia: cada 3 er día Lavado de manos (X) Frecuencia: siempre que es necesario

Lavado de dientes (X) Frecuencia: 2 v/d

¿Usa algún producto para el cuidado de la piel? Si (X) No ()

Especificar: crema

PIEL

CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES	REGION
Pigmentación	Test blanca	
Temperatura	36.5	Todo el cuerpo
Textura	Suave	Todo el cuerpo
Turgencia		
Lesiones	Herida limpias, seca sin datos de infección	infraumbilical
Contusiones	no	
Cicatrices	no	
Masas	no	
Prurito	Si	Abdomen
Hemorragias	Si	Cuello Uterino
Edema	Si	hipogastrio

OJOS: Lagrimeo (no) Enrojecimiento (no) Secreción (no) Otro ()

OREJAS: Cerumen (si)

OBSERVACIONES: Paciente con piel hidratada, en la zona de la herida quirúrgicas esta limpia, seca y dolor, se lleva a la paciente a bañar en regadera y cambio de ropa.

EVITAR PELIGROS

¿Tiene alguna adicción? Si () No (X) Drogas (no)

Alcohol (no) Tabaco (no)

Frecuencia con que acude al: Medico: ocasional

Dentista: 1v/año

Medidas preventivas que realiza para prevenir enfermedades y accidentes: Toma las medidas necesarias para evitar accidentes

Alergias: no

Estado mental: Alerta (X) Orientación (X) Confuso ()

Agresivo () Inconsciente () Sedado ()

OBSERVACIONES: Conducta de prevención de accidentes

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

¿Considera importante pertenecer algún grupo social? Si (X)

NO ()

¿Por qué?: Le ayuda a no sentirse sola

¿Con quien vive? Familiares (X) Amigos () Solo () Otro ()

Especifique: Hermanos

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia?

Si (X) No () ¿Con quien? Con la cuñada

Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación:

Habla: Normal (X) Poco clara () Incompleta () Afasia ()

Idioma/dialecto () Sin habla ()

Auditivo: Sordera () Deterioro auditivo () Dispositivo ()

OBSERVACIONES: Paciente con problemas de comunicación familiares.

VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Región: católica Frecuencia de algún servicio religioso: solo en fiestas

¿En que medida sus valores se han alterado por su situación de salud? Ninguno

OBSERVACIONES: Paciente con disposición para aumentar el bienestar espiritual.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historial laboral: empleada domestica Trabaja actualmente: Si (X) No () Tipo de empleo: Fijo () Temporal (X) Antigüedad (2 años) Jornada: 10 horas ¿Tiene incapacidad? Si (X) No () Tipo: solo para su recuperación Tipo de problema que ha traído la enfermedad: Psicológico (X) Económico () Laboral () Otro ()

¿Qué opina de su enfermedad?: que esta delicada

¿Considera que puede lograr el control de su enfermedad? (si)

¿Esta consciente de los cuidados que debe observar en su padecimiento? Si (X) No () ¿Por qué? Pregunta sobre como debe de citarse la su herida y en cuanto tiempo se va a pode sentirse mejor.

OBSERVACIONES: Paciente que pregunta en cuanto tiempo se sentirá mejor para ir a trabajar.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Realiza alguna actividad recreativa? Si () No (X) ¿Cuál? _____

¿Por qué? No tiene tiempo y falta de interés.

¿Cuándo participo por primera vez en actividades de este tipo? NO

¿Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen? No

¿La distribución de tiempo es equilibrada entre trabajo y distracción? Si () No (X) La mayor parte del tiempo trabaja

OBSERVACIONES: Paciente que por falta de interés y de tiempo no participa en actividades recreativas.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

Sobre si mismo (físicamente): sí

Estado de salud actual: delicada

Auto cuidado: reposo relativo

¿Desearía incrementar sus conocimientos sobre su estado de salud/enfermedad actual? Si (X) no ()

OBSERVACIONES: Paciente con conocimientos deficientes de los cuidados sobre su estado de salud y con participación para mejorar en los cuidados.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER

Menarca: 13 años Tipo: abundante, rojo brillante, coágulos

Flujo: si blanco Cantidad: abundante Metrorragia (no)

IVSA (20) No parejas sexuales (1) Circuncidado (no)

Papanicolao (si) Fecha: mayo 2006 Resultado: negativo

Historia del embarazo

Gesta: 0 Partos: 0 Abortos: no Cesáreas: 0

OBSERVACIONES: Paciente con deseo de tener hijos, lo cual se traduce en tristeza emocional.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Oxigenación	Tensión arterial: 110/70 Fr. Cardíaca: 76 x min. Grupo sanguíneo: O + Patrón respiratorio: Ritmo: normal Fr. Respiratoria: 18 x min. Auscultación: capos pulmonares ventilados	Dolo abdominal
Nutrición e Hidratación	Mucosas orales: semihidratadas Dientes: caries en molares Acepta la dieta hospitalaria	Ingesta abundante de bebidas gaseosas.
Eliminación	INTESTINAL Peristaltismo: presente VESICAL Cateterismo vesical Orina color ámbar Cantidad de 930ml	Riesgo de estreñimiento. Riesgo de infección
Mantener una Buena Postura	Dificultad para movilizarse Debilidad	Sensación de que la herida quirúrgica puede abrirse
Cansancio y Sueño	No concilia el sueño	Dolor ruidos Iluminación
Uso de Prenda de	Ropa de acuerdo a su edad y holgada.	Cambio de ropa interior y exterior diaria.

Vestir		
Termorregulación	Normotérmica 36.9°C	Frío después del baño
Higiene y Protección de la piel	Zona de la Herida esta limpia y sin datos de infección. Tegumentos hidratados	
Evitar Peligro	Conducta de prevención de accidentes.	Piso liso
Comunicación	Problemas de comunicación con familiares	
Vivir según la Creencia	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	
Trabajo y Realización		Inquieta por salir y sentirse bien.
Actividades Recreativas	No participa en ellas	
Aprendizaje	Pregunta sobre los cuidados que debe tener en su casa.	
Sexualidad y Reproducción	Escaso sangrado tras – vaginal.	Nostalgia por no haber tenido hijos.

**PLAN DE
CUIDADOS
DE
ENFERMERÍA**

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Riesgo de infección relacionado con el procedimiento quirúrgico a la que fue sometida*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Planear acciones que disminuyan el riesgo de infección.</p>	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el cateterismo vesical <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado (No Pinzado). 2. Mantener la permeabilidad de él sistema del catéter urinario. 3. Limpiar el catéter por fuera del meato urinario. 4. Anotar las características del liquido drenado (color, olor y cantidad). 5. Vaciar el depositario de drenaje urinario en los intervalos necesarios. 6. Mantener un cuidado de piel meticuloso en la zona donde se pega y anuda el catéter con la bolsa. 	<p>El método para prevenir infecciones es la asepsia que es la ausencia de materia séptica, es decir estado libre de infección por medio de agentes físicos como el alcohol, agua, jabón y yodopovidona. Los gérmenes proliferan en zonas tibias, húmedas y sucias. Las características de la orina son color ámbar, cantidad aproximadamente de 1,200 a 1,500 ml en 24 horas. Características diferentes hablan de complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente. Mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga permite el drenaje por gravedad y evita el reflujo de orina hacia la vejiga.</p>	<p>El color de la orina fue ámbar, el volumen se encuentra dentro de los límites y se retiro la sonda vesical sin presentar complicaciones.</p>

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Planear acciones que disminuyan el riesgo de infección.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vía periférica <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la zona de inserción del catéter periférico. 2. Observar si hay signos de flebitis (dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema). 3. Realizar curación con técnica aséptica del sitio de inserción del catéter. 4. Informar a la paciente sobre el cuidado y la posición de la mano 	<p>Desde su introducción en la práctica médica, en 1945, los catéteres de plástico revolucionaron los tratamientos intravenosos. Los riesgos potenciales de infección de los catéteres intravenosos como: flebitis, infección relacionada con catéter y bacteriemia relacionada con catéter fueron definidas en 1947, dos años después de su introducción. Las normas de inserción y mantenimiento no fueron definidas durante décadas, pero en 1981 The Centres of Disease Control (CDC) las publicaron.</p> <p>Las flebitis asociadas con los catéteres venosos periféricos (CVP), aunque habitualmente no dan complicaciones ni incrementan la mortalidad, aumentan la morbilidad de los pacientes que las padecen. La flebitis es una inflamación de las venas donde se colocó un catéter.</p>	<p>Se mantuvo permeable, sin flebitis y sin datos de infección.</p>

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Planear acciones que disminuyan el riesgo de infección.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la Herida Quirúrgica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos dehiscencia o evisceración. 2. limpiar y secarla zona que rodea a la incisión, si es necesario utilizar solución antiséptica 3. Limpiar desde la zona más limpia a la menos limpia. 4. Observar si hay signos de infección en la incisión. 5. Reportar si hay cambios en la herida. 6. Cambiar vendaje en intervalos adecuados 7. Aplicar vendaje para proteger la incisión 8. Instruir a la paciente acerca de la forma de cuidar la incisión 	<p>El Proceso de cicatrización de desarrolla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se lesiona un tejido, la sangre de los vasos circundantes ocupa el área afectada. Las plaquetas forman un coágulo y la fibrina en él contenida mantiene unidos los bordes de la herida. 2. Una vez formado el coágulo, se inicia una reacción inflamatoria. Se hinchan los bordes de la herida y los leucocitos de los vasos periféricos penetran en la herida y fagocitan bacterias y restos celulares destruyendo el coágulo 3. A medida que disminuye el tamaño del coágulo y el tejido adyacente sano secreta nutrientes y otros materiales de reparación (como fibroblastos), el tejido de granulación empieza a recubrir el área afectada 4. Los fibroblastos del tejido de granulación secretan colágeno, sustancia de características similares al pegamento. Las fibras de colágeno entretejen el área y forman tejido cicatrizal 5. Mientras tanto, las células epiteliales de los bordes se multiplican y migran hacia el centro de la herida. Un nuevo estrato de células superficiales reemplaza la capa destruida. 6. Los tejidos lesionados (incluyendo los vasos linfáticos y sanguíneos y el estroma) se regeneran. Las fibras de colágeno se acortan reduciendo el tamaño de la cicatriz. <p>Los sitios de infección presentan: inflamación, enrojecimiento, dolor, aumento de la temperatura, sangrado, hematoma, supuración de la herida y leucocitosis.</p>	<p>No se presentaron signos de infección en la herida.</p>

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Planear acciones que disminuyan el riesgo de infección.</p>	<p>• Administración de antibióticos</p> <p>Independientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguir los principios de administración de medicamentos (regla de oro y los correctos) 2. Indagar sobre alergias a medicamentos 3. Vigilar signos contraproducentes 4. Documentar la administración de medicación y la respuesta de la paciente. <p>Dependientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el medicamento prescrito anteriormente: <p>Amikacina 500mg IV c/8 hrs.</p>	<p>Las reglas para la administración de medicamentos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar en el tarjetero, indicaciones farmacológicas. 2. Preparar medicamentos para su administración, según indicación médica. 3. Verificar dosis, vía de administración, nombre y estado del medicamento, equipo administración, horario y paciente correspondiente. 4. Administrar y controlar medicamentos por diferentes vías, según indicación médica y normas vigentes: oral, dérmica, respiratoria, rectal y parenteral (intramuscular, subcutánea, intradérmica). 5. Registrar la administración del medicamento en hoja de enfermería o donde corresponda, según norma. 6. Observar y verificar signos de permeabilidad de la vía de administración del medicamento. <p>Amikacina es un antimicrobiano del grupo de los aminoglucósidos que se indica en infecciones sistémicas graves producidas por bacilos aerobios gramnegativos susceptibles. Particularmente en infecciones nosocomiales graves producidas por microorganismos resistentes a gentamicina. Reacciones adversas ototoxicidad, toxicidad renal, dificultad para respirar.</p>	<p>La presencia de efectos secundarios de los medicamentos fue nula. Los datos de infección no se presentaron.</p>

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Dolor agudo relacionado con la herida quirúrgica manifestado de forma verbal, disminución de movimiento y posición antiálgica*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Controlar la intensidad del dolor para mejorar el estado de ánimo.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar la intensidad del dolor <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar con la paciente los factores que alivianan empeoran el dolor. 2. Utilizar alguna escala de valoración de intensidad del dolor. 3. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). 	<p>El dolor es una expresión desagradable, la percepción depende de cada persona y del estado físico del paciente. El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva) desagradable asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.</p> <p>Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico, su gravedad o pronóstico y tratamiento. Estas características son: localización, duración, frecuencia. Intensidad, irradiación, síntomas acompañantes: Como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor; Signos acompañantes: sudoración, palidez, escalofríos. Factores agravantes, factores atenuantes y medicamentos.</p> <p>Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces</p>	<p>La intensidad del dolor se controló y se mejoró el estado de ánimo lo cual creo una participación más activa de la paciente en el cuidado de su salud</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Confort 1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo 2. Proporcionar una cama limpia, cómoda. 3. Facilitar medios de higiene. 4. Colocar a la paciente de forma que facilite la comodidad utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas en las articulaciones durante el movimiento. <p>DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésico prescrito: <ul style="list-style-type: none"> 1. KETOROLACO 2. Seguir las normas de la administración de medicamentos 	<p>disminuyéndola. Personalidad: Estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración; Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor; Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo; Sexo y edad; Nivel cognitivo; Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas; Nivel intelectual, cultura y educación.</p> <p>Detectar los factores que alivian o que aumentan la sensación de dolor permite implementar acciones de mecánica corporal para que los pacientes se sientan más confortables.</p> <p>Un ambiente de confort permite que la sensación de dolor disminuya y mejora el estado de animó.</p> <p>Ketorolaco es una analgésico antiinflamatorio no esteroideo, indicado en el tratamiento del dolor moderado a grave</p>	
--	--	---	--

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Riesgo de caída relacionado con debilidad y dolor*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Prevenir accidentes que compliquen la situación del paciente	INDEPENDIENTES <ul style="list-style-type: none">• Ayudar en el autocuidado de transferencia1. Determinar la capacidad actual del individuo para moverse (fuerza, nivel de habilidad, resistencia)2. Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.3. Enseñar a la paciente a trasladarse con el tripie y el uso de sandalias4. Vigilar constantemente a la paciente	Los accidentes repercuten en la convalecencia , prolongando la estancia hospitalaria y elevando el costos por las complicaciones inherentes al accidente La valoración de factores de riesgo para prevenir las caídas son la: iluminación adecuada, orden del mobiliario, limpieza del área física, desconocimiento acerca de las medidas de seguridad, edad, estilo de vida, movilidad, factores relacionados con el estado físico, limitaciones sensoriales, Estado neurológico y emocional alterados, tratamiento farmacológico y los relacionados con los dispositivos para deambular.	La paciente no sufrió ningún accidente debido a que se siguieron las medidas de seguridad

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Bajo autoestima situacional relacionada con el deseo de ser madre.*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Implementar acciones que mejoren la autoestima</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la autoestima <ol style="list-style-type: none"> 1. Animar a la paciente a identificar sus virtudes 2. Ayudar a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de si misma. 3. Explorar las razones de autocrítica o culpa. 4. Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos. • Apoyo emocional <ol style="list-style-type: none"> 1. Comentar las consecuencias de profundizar el sentimiento de culpa o vergüenza 2. Proporcionar ayuda durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimiento de pena 	<p>La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar.</p> <p>Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volverse en enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.</p> <p>La comprensión y el apoyo que se brindan son fundamentales para mejorar la autoestima de las personas.</p>	<p>La paciente se encuentra mejorando su imagen y la autocrítica positiva de si misma.</p>

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Deterioro del patrón del sueño relacionado con temor manifestado por insomnio y de forma verbal.*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Implementar estrategias para mejorar el patrón de sueño y descanso	INDEPENDIENTES ● Fomentar el sueño 1. Ayudar a la paciente a establecer una rutina al irse a dormir 2. Ajustar el ambiente: luz, temperatura y ruidos. 3. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo	La importante de dormir radica el descanso para sentirse mejor durante el día. El dormir es una disciplina para el resto de la vida. Dormir mal o no descansar NO es "no dormir" Es tan importante dormir como comer. Existen varias factores que causan insomnio: estrés, enfermedades, un nuevo entorno, comer, beber, fumar, etc. El descanso se manifiesta con el buen humor y la participación en actividades mejorando así el estado de ánimo y la autoestima.	La paciente se sintió mejor después de dormir y descansar, lo cual se reflejo en la participación de actividades.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: *Conductas generadoras de salud relacionada con los cuidados de la herida quirúrgica y alimentación manifestada con interés.*

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Informar a la paciente sobre las medidas y cuidados a seguir en el hogar.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enseñanza individual: <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos de la paciente Determinar la motivación de la paciente para asumir información específica (creencias sobre la salud, incumplimiento pasado, malas experiencias con cuidados/ aprendizaje de salud)Ajustar el conocimiento de acuerdo con la capacidad cognoscitiva, psicomotoras y afectivas de la paciente 2. Instruir a la paciente sobre alimentos permitidos y prohibidos 3. Instruir a la paciente sobre los cuidados de la herida 4. Instruir a la paciente sobre las actividades y ejercicio puede realizar. 	<p>El bienestar físico y mentar de las personas permite generar actitudes de cambio para un óptimo estado de salud.</p> <p>Brindar información adecuada y clara permite al paciente formular estrategias para el mejoramiento de su salud</p>	<p>La paciente se mostró participativa e interesada en los cuidados que continuaran en el hogar para que se incorporarse lo más pronto posible a su ambiente laboral</p>

PLAN DE CUIDADO

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Sangrado transvaginal presente de cantidad moderada.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Vigilar el sangrado transvaginal para detectar oportunamente complicaciones	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="645 512 1032 544">☉ Colocar toallas sanitarias<li data-bbox="645 608 1111 687">☉ Vigilar la cantidad, color y olor del sangrado.<li data-bbox="645 807 936 839">☉ Aseo de genitales<li data-bbox="645 951 891 983">☉ Deambulación	Durante el periodo postoperatorio el sangrado transvaginal es escaso, debido a que durante el transoperatorio se realizo hemostasia de los vasos, se recomienda la deambulación para eliminar los coágulos por gravedad.	El sangrado transvaginal fue de cantidad mínima, de color rojo brillante y sin olor.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia relacionado con la sensación de frío y piloerección después del baño.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Mantener la temperatura corporal adecuada para mejorar el estado de ánimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Tomar la temperatura corporal ✦ Ayudar a secarse después del baño. ✦ Proporcionar una cobertor ✦ Cerrar la puerta de la unidad ✦ Preguntar si continua la sensación de frío. 	<p>La hipotermia Es el descenso peligroso de la temperatura corporal, por debajo de 35° C. La hipotermia ocurre cuando el cuerpo pierde más calor del que puede generar y generalmente es causada por una prolongada exposición al frío. Las causas más comunes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer al aire libre durante el invierno sin protegerse con la suficiente ropa adecuada. • Caer de una embarcación en aguas frías. • Usar ropas húmedas por mucho tiempo cuando hay viento o hace mucho frío. • Hacer esfuerzos agotadores o ingerir alimentos o bebidas en cantidades insuficientes en climas fríos, incluso en temperaturas por encima del punto de congelación <p>Se deben usar prendas de vestir adecuadas en temperaturas frías para proteger el cuerpo</p>	<p>Se regulo la temperatura y se mantuvo normotérmica durante la estancia hospitalaria</p>

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deterioro de la comunicación verbal con sus familiares

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Ayudar a encontrar soluciones para los problemas familiares.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="645 544 1059 611">✦ Permitir que explique su situación familiar.<li data-bbox="645 687 1151 719">✦ Crear un ambiente confortable<li data-bbox="645 796 1144 863">✦ Ayudar a encontrar soluciones reales.<li data-bbox="645 903 1032 970">✦ Ayudar a enfrentar los problemas.	En la vida el hombre se enfrenta con innumerables problemas. Cada persona necesita saber cómo resolver cada uno de estos problemas inteligentemente. Se necesita comprender cada problema. La solución de todo problema está en el problema mismo. Lo más importante es no identificarse con el mismo. Se necesita mucha paz y quietud mental Escuche buena música, y luego con su mente tranquila y quieta, estando en perfecta paz, trate de comprender profundamente el problema recordado que la solución de todo problema está en el problema mismo.	La paciente tiene la capacidad para enfrentar los problemas familiares.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de actividades recreativas relacionado con el poco interés para desarrollarlas.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Motivar a la participación de actividades recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Permitir que la paciente explique sus gustos por las actividades recreativas ✦ Motivar a la participación de actividades. ✦ Explicar cuales son los beneficios 	<p>La motivación es una condición indispensable para encarar cualquier actividad.</p> <p>El ser humano necesita momentos de recreación y disfrute todos los días de su vida, por lo que las actividades mas importantes son las diarias, que tienen relación con el hogar el hábitat y las comunidades principalmente.</p> <p>Las actividades recreativas permiten liberar el estrés y relaja la mente permitiendo mejorar el estado de ánimo.</p>	<p>La paciente buscara realizar actividades recreativas pasivas durante el tiempo de convalecencia y posteriormente actividades más dinámicas.</p>

PLAN DE ALTA

Nombre: IIH Edad: 41 años Sexo: FEMENINO

Objetivo del plan: **Informar sobre los cuidados que deberá mantener en el hogar para evitar complicaciones.**

Problemas y/o Necesidades	Acciones que realizará el Familiar	Observaciones
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none">✓ Colocar a la paciente en posición semifowler.✓ Proporcionar papel higiénico para eliminar las secreciones nasales.	Llevar a consulta médica si contrae alguna infección respiratoria.
Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none">✓ Ingesta de líquidos abundante✓ Evitar alimentos muy condimentados, picantes y refresco✓ Proporcionar una dieta que contenga los principales grupos alimenticios.	
Eliminación	<ul style="list-style-type: none">✓ La eliminación intestinal sea diaria o cada tercer día.✓ Vigilar la eliminación vesical	Llevar a consulta médica si existe problemas para evacuar (estreñimiento) y al orinar (ardor).

Mantener una Buena Postura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar la deambulaci3n. ✓ Proporcionar una postura para evitar el aumento de dolor. ✓ Cambio frecuente de postura 	
Cansancio y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar un ambiente adecuado que permita dormir y descansar ✓ Evitar actividades de grandes esfuerzos. 	
Uso de Prenda de Vestir	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar una vestimenta holgada ✓ Realizar cambio de ropa interior y exterior diario. 	
Termorregulaci3n	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la aparici3n de fiebre ✓ Proporcionar mantas para evitar hipotermia. 	Visita m3dica en caso de fiebre.
Higiene y Protecci3n de la piel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Cuidados de herida quir3rgica ✓ Lubricaci3n de piel ✓ 	Visita m3dica para retiro de puntos
Evitar Peligro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar sandalias en el baño ✓ Detectar zonas de riesgo como: escaleras ✓ Seguir medidas de seguridad 	
Comunicaci3n	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuchar a la paciente ✓ No realizar comentarios desagradables ✓ Crear una ambiente agradable 	

Vivir según la Creencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionarle material que permita tener contacto con Dios. ✓ Llevarla a la iglesia si es necesario 	
Trabajo y Realización		
Actividades Recreativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invitarla a un grupo motivacional 	
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñarle como debe tomar sus medicamentos. 	
Sexualidad y Reproducción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el sangrado transvaginal 	

C O N C L U S I O N E S

Las actividades que se planearon se ejecutaron dando como resultado una buena evolución postoperatorio sin complicaciones durante la estancia hospitalaria y con enseñanzas para mejorar el autocuidado. La paciente fue dada de alta por mejoramiento al estado de salud.

En este trabajo se englobaron todos los aspectos teóricos y prácticos aprendidos durante la carrera, lo cual permitió diseñar planes y estrategias para el mejoramiento de la salud así como prestar una atención de enfermería de eficacia y eficiencia.

La atención de Enfermería debe ser constante, de calidad y calidez que permita el aprendizaje del paciente en busca de su autocuidado realizando el sentido práctico de la comunicación.

G L O S A R I O

Asepsia: es la condición libre de microorganismos que producen enfermedad o infección ya sea por medios mecánicos o químicos.

Bloqueo peridural: técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para: el control del dolor durante el trabajo de parto, en intervenciones quirúrgicas de abdomen y miembros inferiores, así como también para el tratamiento del dolor postoperatorio y crónico. Se coloca a nivel lumbar y se fija un catéter por el cual se induce la analgesia.

Efectos Secundarios: son los síntomas y signos que sugieren una alergia, intoxicación o cualquier reacción adversa a la acción del medicamento.

Histerectomía: es la extirpación del útero por medio de alguna técnica quirúrgica.

Histeroscopia: Es un procedimiento quirúrgico endoscópico que permite acceder a la cavidad uterina para evaluarla o intervenirla quirúrgicamente.

Hormona luteinizante: es la proteína reguladora de la secreción de testosterona en el hombre y que en la mujer controla la maduración de los folículos, la ovulación, la iniciación del cuerpo lúteo y la secreción de progesterona.

Miomatosis uterina: los tumores pélvicos más comunes en la mujer, son frecuentes durante la vida reproductiva y en el embarazo. Los síntomas son hemorragia uterina anormal, anemia, dolor y datos de compresión a órganos adyacentes. El tratamiento puede ser quirúrgico u hormonal.

Nic: es la nomenclatura de Nursing Interventions Classifications que significa clasificación de intervenciones de Enfermería. Libro que contiene las acciones que se deben implementar por parte del personal de enfermería

Noc: es la nomenclatura de Nursing Outcomes Classifications que significa clasificación de resultados de enfermería. Libro que contiene las respuestas a las actividades realizadas por el personal de enfermería.

Postoperatorio: Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. se divide en: Inmediato, Mediato y Alejado.

Proceso Atención Enfermería: Es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Proteína Bcl-2: son esenciales para mantener los sistemas de órganos en buenas condiciones y las mutaciones que los afectan están implicadas en el cáncer.

Signos vitales: son las señales o reacciones que presenta un ser humano con vida que revelan las funciones básicas del organismo: Respiración, Pulso, Reflejo Pupilar, Temperatura y Presión Arterial.

Tomografía: Es un estudio de rayos X que ayuda a diagnosticar con más detalle ciertas condiciones. Las imágenes de rayos X, son tomadas de diferentes ángulos y arregladas por una computadora para mostrar en corte transversal la vista de ciertos órganos del cuerpo.

Ultrasonido: Es el uso de ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de órganos y sistemas dentro del cuerpo.

Útero: El útero, también denominado matriz o seno materno, es el órgano de la gestación del aparato reproductor femenino. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio, aloja al blastocisto, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación. El útero está irrigado por las arterias uterinas, ramas de la arteria hipogástrica. La pared del útero presenta tres capas de células que son de fuera a dentro:

1. **Serosa**, que corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y a tejido laxo que se extiende por los lados en los perimétricos.
2. **Miometrio**, formado por tejido muscular liso.
3. **Endometrio**, que es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual.

B I B L I O G R A F Í A

BUÑUELOS, Raquel. Miomatosis Uterina enfoque endocrinológico. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol 8, julio 2000.

JONSON, Marion. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Ed Elsevier science, ed 2ª

McCLOSKEY, Joane. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Ed Elsevier, ed 4ª 2005.

Diagnosticos Enfermeros: definiciones y Clasificaciones 2005 – 2006 NANDA INTERNATIONAL, Ed elsevier.

RODRGUEZ, Rodolfo. Vademécum académico de medicamentos. Ed McGraw Hill, ed 3ª 1999.

RODRIGUEZ, Bertha. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Ed Cuellar, ed 2ª 2002

HERNANDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. Ed McGraw Hill, ed 3ª 2003

WILLIAMS Obstetricia, Ed panamericana ed 12ª

MONDRAGÓN CH. Obstetricia básica ilustrada. 1982.

WILSON JR, Carrington ER. Gineco obstetricia. Edit. Manual Moderno, 1991

ROSALES Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Ed, Manual Moderno. México 2000.

<http://content.jeffersonhospital.org/content.asp?pageid=P04627>

<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

<http://www.enursescribe.com/Henderson.htm>

http://www.alemana.cl/ginecologia/gin_lap005.html

http://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Hender

ANEXOS

MIOMATOSIS UTERINA

Son compuestos de músculo liso y tejido conectivo como elemento de sostén, son los tumores pélvicos más comunes en la mujer y constituyen del 27 al 67% de las indicaciones de histerectomía entre los 25 y 55 años de edad.

Son frecuentes durante la vida reproductiva, en el embarazo, en mujeres de raza negra y en quienes reciben estrógenos.¹

CLASIFICACIÓN

Los miomas uterinos se clasifican de acuerdo a su localización anatómica en:

- **Submucosos**: Se encuentran debajo del endometrio y tienden a comprimirlo a medida que crecen hacia la cavidad uterina, son los más propensos a producir hemorragias profusas.
- **Intramurales**: Se sitúan en la musculatura uterina (miometrio). Si son múltiples y de gran tamaño aumentan en forma considerable el volumen uterino.
- **Suberosos**: Se hallan en la superficie serosa del útero y pueden protruir hacia la cavidad peritoneal, tienden a ser pediculados y semejar neoplasia ovárica, pueden extenderse entre las dos capas peritoneales del ligamento ancho, volviéndose miomas intraligamentarios.²

CUADRO CLÍNICO

La mayor parte de los casos son asintomáticos. Puede haber hemorragia uterina anormal, anemia, dolor y datos de compresión

¹ WILLIAMS Obstetricia, Ed panamericana ed 12ª

² BUÑUELOS, Raquel. Miomatosis Uterina enfoque endocrinológico. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol 8, julio 2000.

a órganos adyacentes, esto último depende del volumen uterino. La hemorragia uterina anormal se debe a ruptura del tejido endometrial (mioma submucoso) o dilatación del sistema venoso uterino (mioma intramural), además de estar involucrados factores de crecimiento.

ETIOLOGÍA

1. El aumento del número de receptores para estrógenos y progesterona.
2. En el miometrio hay además endotelina "A", que estimula la síntesis de DNA, división celular e hipertrofia de miocitos, fibroblastos y células mesangiales.
3. La proteína Bcl-2, inhibidora de apoptosis que se expresa abundantemente en los miomas y, que aumenta su efecto con la progesterona y su expresión se mantiene en el tratamiento con análogos agonistas de LH-RH.
4. Factores alimentarios se relacionan con miomatosis uterina como el consumo de carne de res y jamón; obesidad oculta (IMC < 24.0 y porcentaje de grasa corporal mayor o igual a 30%) y distribución de la grasa en tronco superior del cuerpo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza por clínica cuando existen síntomas y el tumor es palpable a la exploración bimanual de pelvis. Aunque métodos más específicos son el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética de pelvis.

TRATAMIENTO

Puede ser médico, quirúrgico o una combinación, aunque no todas las pacientes con miomatosis uterina lo necesitan, sólo aquellas que se encuentran sintomáticas (sangrado uterino anormal, compresión de Órganos adyacentes o dolor), útero de crecimiento rápido o grande (equivalente de 12 a 14 semanas de gestación), deseo de fertilidad o aborto habitual.

HISTERECTOMÍA

1. Indicaciones: Pacientes con paridad satisfecha, sintomáticas y sin riesgo quirúrgico.
2. Abordaje: Se realiza por vía abdominal, vaginal o esta última con asistencia laparoscopia en úteros menores de 500 g, lo que alarga el tiempo quirúrgico con relación al procedimiento abdominal pero acorta el tiempo de recuperación.
3. Complicaciones: Hemorragia, hematoma, infección, fiebre y lesión a Órganos adyacentes.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA³

- **Histerectomía total:** Consiste en la extirpación de todo el útero, incluido el fundus (parte del útero localizada por encima de las aberturas de las trompas de falopio) y el cuello uterino, aunque no los ovarios. Este es el tipo más común de histerectomía.
- **Histerectomía con ooforectomía bilateral:** Consiste en la extirpación de un ovario o de ambos y a veces de las trompas de falopio, junto con el útero.

³ http://www.alemana.cl/ginecologia/gin_lap005.html

- **Histerectomía radical:** Consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, el tramo superior de la vagina, la mayor parte del tejido que rodea el cuello uterino en la cavidad pélvica, y puede incluir la extracción de los nódulos linfáticos de la pelvis. Este procedimiento se realiza en ciertos tipos de cáncer.
- **histerectomía supracervical** (histerectomía parcial o subtotal):
Extirpación del cuerpo del útero mientras y preservación del cuello uterino.

PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA

Histerectomía abdominal:

Se extirpa el útero a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, de unas seis a ocho pulgadas de longitud. Este procedimiento se suele utilizar cuando se deben extirpar los ovarios y las trompas de falopio, cuando el útero está agrandado, o cuando la enfermedad se ha propagado a la cavidad pélvica, como podría ocurrir en un caso de endometriosis o cáncer. La principal incisión quirúrgica puede ser vertical, desde el ombligo al pubis, u horizontal, a lo largo de la parte superior de la línea del vello púbico.

Histerectomía vaginal:

Se extirpa el útero a través de la abertura de la vagina. Este procedimiento suele emplearse en casos de prolapso uterino o cuando es necesario efectuar la reparación de la vagina a causa de condiciones relacionadas. No se realizan incisiones externas, lo cual significa que no quedan cicatrices visibles.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia:

La histerectomía vaginal se realiza con la ayuda de un laparoscopio, un tubo delgado y flexible que contiene una cámara de video. Se insertan tubos delgados a través de pequeñas incisiones realizadas en el abdomen cerca del ombligo. Luego, se extirpa el útero en secciones a través del laparoscopio o por la vagina.