



**DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS - UNAM**

INSTITUTO MARILLAC, A.C.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA**

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

**PRESENTA
ANGELES DE JESÚS MORENO
No. CUENTA 403500673**

**DIRECTORA DE TESIS: MA. LIC. LOURDES TORRES CARRASCO
CO-DIRECTOR: LIC. ANA MARIA RUIZ URBINA**



MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2007



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.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir hasta este momento para poder alcanzar la meta que me propuse.

DEDICATORIAS

- A mi mamá y papá por su apoyo y comprensión.
- A mis hermanos por su gentileza y tolerancia.
- A mi hijo por su gran comprensión y apoyo incondicional.

INTRODUCCIÓN

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas, requiere de una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar intuición, ya que se trata de acertar a escoger una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona. La práctica engloba la creación de un cuidado individualizado y la integración de habilidades específicas.

Para cuidar, es decir para conocer a la persona y su entorno y para apoyar hacia el logro de los objetivos que sean escogidos y hacia las posibilidades que provienen del interior, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo. Demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. Se cumplirán las tareas rutinarias, pero habrá que sacrificar una parte importante del cuidado, el que exige reflexión, el que apoya y refuerza, aquí se encuentra la relevancia de trabajar con el PAE ya que permite unificar criterios en la atención, permitiendo el logro de los objetivos planeados.

Numerosas enfermeras están comprometidas en una práctica profesional al lado de personas, familiares o comunidades, y están llamadas a ofrecer un cuidado adaptado a diversas experiencias de salud.

A menudo el cuidado es invisible. Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud.

El proceso de atención de enfermería ha sido aceptado como la esencia de la profesión de la enfermería: por tal motivo el presente trabajo se realizó a una mujer con enfermedad inflamatoria pélvica. Utilizando la metodología del proceso de enfermería, para la cual se analizó y organizó la información obtenida para posteriormente integrar los diagnósticos de enfermería.

Así proponemos una reflexión sobre las principales características de la práctica enfermera en colaboración con diversas personas y en interdisciplinidad.

Es importante señalar que la inflamación pélvica es una infección de las trompas de Falopio, ovarios, peritoneo pélvico, venas pélvicas o tejido conjuntivo. La infección puede limitarse a una estructura o afectar a todas las estructuras pélvicas” puede ser aguda o crónica, unilateral o bilateral, esta alteración contribuye a 15-20% de las admisiones ginecológicas en los grandes hospitales.

En los Estados Unidos, cerca de 1 millón de mujeres presentan enfermedad inflamatoria pélvica anualmente y se estima que 1 de cada 8 adolescentes sexualmente activas presentarán esta enfermedad antes de los 20 años. Dado que esta afección generalmente no se diagnostica en forma completa, los datos estadísticos probablemente son más altos de lo estimado.

En México anualmente se presentan 3-9 casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda por 1.000 mujeres entre los 15 y los 44 años, y 12-18 casos por 1.000 mujeres de 15- 24 años

Afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, con mayor incidencia entre los 15 y 24 años.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de dar a conocer los cuidados que se le brindan a una persona con la enfermedad inflamatoria pélvica, ya que actualmente son más frecuentes los casos en mujeres jóvenes con vida sexual activa, es importante hacer reflexionar a todas ellas, la importancia de esta enfermedad que a veces suele ser asintomática, y cuando se manifiesta esta muy avanzada.

Para esto la enfermera esta llamada a promover la adaptación de los sistemas, sea el sistema físico, el sistema de rol, el sistema interpersonal y el sistema interdependiente. Cada sistema agrupa un conjunto de elementos de fenómenos pertinentes para la práctica. Para ello la enfermera debe de evaluar cada uno de los elementos y fija las prioridades.

La enfermera que suministra sus cuidados es también un ser humano particular que interactúa con el paciente en un complejo proceso de enseñanza aprendizaje, el conocimiento de las necesidades humanas ayuda a la enfermera a comprender la conducta, puede aportar un marco para aplicar las partes del proceso de enfermería, y puede ayudar a las enfermeras a disminuir las preocupaciones y ayuda a la gente a desarrollarse y crecer en los valores de las enfermeras y las actitudes cotidianas para prodigar los cuidados.

El ser humano está creado para cuidar y ser cuidado. Necesita cuidar a otro para desarrollarse en el sentido ético, también necesita ser cuidado en diferentes etapas para poder hacer frente a las barreras de la vida y alcanzar la plenitud.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Utilizar el proceso atención de enfermería, con el marco teórico, para proporcionar atención integral y específica a un paciente con enfermedad inflamatoria pélvica.

ESPECIFICOS:

Satisfacer las necesidades de atención de enfermería que requiere una paciente con enfermedad inflamatoria pélvica con el modelo de Virginia Henderson, para que esta alcance su independencia máxima dentro de sus limitaciones, para poder reintegrarse a su vida normal.

Modificar conductas específicas en una paciente con enfermedad inflamatoria pélvica, con respecto a: educación higiénica, actividad sexual, dieta, ejercicios y medicamentos.

Analizar con la paciente, la importancia de seguir estrictamente el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica, con el fin de evitar complicaciones por la enfermedad.

CAPITULO

1

MARCO TEORICO

1.- MARCO TEORICO

EVOLUCIÓN HISTORICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Al principio los cuidados eran como algo innato, su finalidad era proteger la supervivencia.

Las actividades de cuidado, de mantener la vida y de enfrentamiento a la muerte los desempeñan las mujeres.

En los inicios de la humanidad los cuidados se dividen en:

Cuidados corporales: es el cuerpo de la mujer el que hay que cuidar especialmente para perpetuar la vida. Van dirigidos al propio cuerpo, al de otras mujeres o al del niño. Utilizan los sentidos en el cuidado: en el parto, etc. También utilizan su propio cuerpo para experimentar los cuidados. Aparecen los hábitos de limpieza. Las mujeres también se encargan del cuidado de los muertos.

Cuidados alimentarios: Los hombres se encargan de la pesca y la caza. Las mujeres de la agricultura (la recolección corresponde a $\frac{3}{4}$ de la conducta alimentaria).

La manipulación de las plantas hace que empiece una poderosa alquimia, el descubrimiento de las propiedades terapéuticas y la aplicación de éstas a los cuidados.

Cuidados de las mujeres

Son cuidados habituales y curativos. Tienen valor de reciprocidad (servicio de ayuda)

Tienen un valor social, cuanto más experiencia, más reconocimiento social.

Con la aparición de las primeras comunidades cristianas aparece una nueva forma de cuidado, ya que aparece una nueva mujer a la hora de dar cuidados: La mujer consagrada.

Hay una dualidad entre cuerpo y alma, el cuerpo es impuro, lo que predomina es el alma, el sufrimiento y el dolor purifican el alma.

Los cuidados cambian por que, ya que aparecen nuevos conocimientos.

La mujer y los cuidados que prodigan son perseguidos, el cuerpo femenino significa pecado, por el poder que tienen las mujeres sobre la vida y la muerte, y porque tienen más conocimientos sobre los cuidados que los monjes y religiosos.

Entre los siglos XIII y XVII se dan las cazas de brujas y ese conocimiento es arrancado.

La mujer consagrada está al servicio de la Iglesia. Cada monasterio tiene un hospital, las monjas son las encargadas de dar estos cuidados, están apoyadas en valores religiosos y morales, los que reciben los cuidados son los enfermos. Las prácticas de higiene son prohibidas porque es algo impuro, la práctica de higiene es la oración para salvar el alma.

En estas mujeres la pobreza es algo imprescindible, tanto material como intelectual, su misión es servir y obedecer.

Los cuidados tienen una valoración espiritual y social ya que pertenecen a una comunidad. La valoración económica es nula.

Estos cuidados fueron muy importantes, este es el contexto donde se lleva a cabo la profesionalización de enfermería.

Periodo Cristiano

En las comunidades cristianas la causa moral se atribuye a Dios. Para superar la enfermedad se utiliza la oración y el consejo.

En las comunidades paganas la enfermedad se atribuye a una causa demoníaca.

En la edad media, enfermos, locos y pobres se juntan todos en los hospitales. Las órdenes religiosas se ocupan de los cuidados.

Del siglo XIII al XVII hay un gran interés en eliminar a las mujeres portadoras del conocimiento. Los sacerdotes, clérigos y más tarde los médicos adoptan estos conocimientos.

En el s. XIII aparecen las primeras escuelas de medicina

En el s. XIV los cuidados corporales e higiénicos se omiten. Aparecen grandes epidemias y empieza a cuestionarse el altruismo y los valores de entrega.

DEFINICION DE ENFERMERIA:

Podríamos definir enfermería como una disciplina cuya función principal es brindar cuidados a individuos, familia y comunidad. La enfermería tiene un cuerpo de conocimientos propios que sustentan una serie de acciones. También hay que tener actitudes como saber ser y saber estar a la hora de llevar a cabo esas intervenciones.

La enfermería utiliza el término cuidar y cuidados desde hace mas de un siglo y medio.

Aún no se ha llegado a un acuerdo sobre la definición de "cuidados".

Cuidar en un verbo que denota acción, deriva en un sustantivo: cuidado, que denota resultado o intervenciones, el adjetivo cuidado denota cualidad

La acción de cuidar es un hecho humano, está enraizada en la vida misma, realizada por los seres humanos con fines variados.

Aún siendo una acción humana y pudiendo dirigirse a diferentes aspectos, en el ámbito sanitario es personal, teniendo en cuenta la integridad, la singularidad, y el hecho de que la persona es única.

Cuidar y curar no son sinónimos, pero tampoco excluyentes.

Los cuidados son tan antiguos como el hombre.

El cuidar no es exclusivo de una profesión, esto no quiere decir que no pueda desarrollarse siguiendo una serie de principios y convertirse en una profesión.

La historia de los cuidados se origina alrededor de dos ejes:

Asegurar la continuidad de la vida

Enfrentarse a la muerte

Asegurar la continuidad de la vida

Se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de unas necesidades básicas, como proteger recursos, territorio, alimentarse...

Todas estas actividades crean en el grupo unos ritos y creencias que constituyen un patrimonio. Al atribuir estas actividades a hombres y mujeres, nace la primera división sexual en el trabajo.

Los cuidados desde la perspectiva de asegurar la vida, corren a cargo de la mujer.

Enfrentarse a la muerte

Asegurar la supervivencia es algo difícil, para asegurar la vida hay que enfrentarse a la muerte.

Dentro de los grupos se separa lo que ocurre en bueno o malo para la vida.

Los cuidados médicos son los únicos que se consideran científicos, los de asegurar la vida pierden auge. Se empieza relacionar el cuidado con tratar la enfermedad.

Los cuidados enfermeros son la profesionalización de la actividad humana de cuidar; es todo aquello que ayuda y permite asistir a la persona.

TIPOS DE CUIDADOS

- De estimulación

Centrados en despertar las capacidades de la persona (oír, respirar, hablar...) relacionados con el desarrollo psicomotriz.

- De confirmación

Dan seguridad a la persona. Favorecen la integración de las experiencias vividas.

- De conservación de la vida

Mantener las capacidades adquiridas, para desarrollar las actividades cotidianas

- Autoimagen

Contribuyen a constituir y valorar la imagen física. Ligados con la comunicación verbal y no verbal (vestir, higiene...)

- De compensación

Suplen a las capacidades no adquiridas todavía o pérdidas de forma total o parcial.

- De sosiego

Liberan las tensiones, aportan tranquilidad y eliminan o sosiegan el dolor.

Todas estas finalidades están interrelacionadas.

TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

Teoría: Conjunto de enunciados y proposiciones formados por conceptos y relaciones entre ellos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Se constituye con conceptos y proposiciones (igual que un modelo) aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. Su primer objetivo es generar conocimientos en un determinado campo.

GRUPOS TEÓRICOS Y SUS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Grupo	Características principales	Autoras	Año
Filosofías	<ul style="list-style-type: none"> - Definen el significado de los fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica. - Fueron los primeros trabajos que precedieron y condujeron a la construcción de modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo del conocimiento. 	Nightingale Wiedenbach Henderson Abdellah Hall Watson Benner	1859 1965 1955 1960 1961 1979 1984

Modelos Conceptuales	<ul style="list-style-type: none"> - Conocidas como “grandes teóricas” o pioneras en el campo de la enfermería. - Sus obras incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud. - Además propone líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico. 	<ul style="list-style-type: none"> Orem Levine Rogers Johnson Roy Neuman King Roper, Logan y Tierney 	<ul style="list-style-type: none"> 1959 1967 1970 1958 1971 1975 1968 1983
Teorías	<ul style="list-style-type: none"> - Llamadas teorías de nivel medio. - Sus objetivos son más restringidos que las grandes teorías. - Son más concretas en su nivel de abstracción. - Se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> Peplau Orlando Travelbee Riehl-Sisca Erickson, Tomlin y Swain Mercer Barnard Leininger Parse Fitzpatrick Newman Adam y Pender 	<ul style="list-style-type: none"> 1952 1962 1964 1973 1983 1977 1983 1978 1981 1989 1979 1979 1982

Modelo: Idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos han perdido toda forma física para lograr un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos... En cualquier caso, los modelos pueden usarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien para planificar el proceso de investigación... Los modelos son representaciones esquemáticas de ciertos aspectos de la realidad... Son útiles en el desarrollo teórico porque ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y a determinar las relaciones entre conceptos. El modelo marca la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad. El modelo marca los elementos de una disciplina

Modelo conceptual: Representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión. Constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

A continuación se presenta una breve síntesis de las principales teóricas conocidas en enfermería por sus aportaciones al gremio.

Orem:

Habla de su concepción en el contexto de la práctica administrativa. Estipula, en un principio que la gestión de los cuidados comporta dos dimensiones, la

de la gestión y la del cuidado la dimensión del cuidado requiere que la gestora conozca bien las necesidades de salud de las poblaciones según una perspectiva enfermera y que determinen de una forma continua, las necesidades de salud en las que concierne a los déficit de autocuidado. La concepción de orem podrá guiar igualmente la gestión del personal enfermero. Por ejemplo utilizar un enfoque centrado en las necesidades de salud del personal que tenga dificultades o incapacidades con respecto a sus autos cuidados asociados al proceso de crecimiento y desarrollo. Además la enfermera podrá prever una estructura de organización, de sistemas de prestación de cuidados y un liderazgo compatibles con un entorno de trabajo favorable al desarrollo de actitudes responsables frente al autocuidado.

La enfermedad y las lesiones no sólo afectan a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, si no también al funcionamiento humano integro. Cuando el funcionamiento humano integro esta seriamente afectado el poder agente del individuo queda seriamente deteriorado, temporal o permanentemente. El dolor, el malestar, y la frustración de los derivados médicos también crean los requisitos para el autocuidado proponiendo alivio.

Orem escribió que el arte de la enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar por si misma.

Orem clasifica su teoría del déficit de auto-cuidado en enfermería como una teoría general que se compone de otras tres relacionadas:

1. La teoría del auto-cuidado.(describe y explica el auto-cuidado)
2. La teoría del déficit del auto-cuidado. (describe y explica por que la gente puede ser ayudada mediante la enfermería)
3. La teoría del sistema de enfermería. (describe y explica las relaciones que se deben dar y mantener para que exista Enfermería.)

King

Teorizadora de la escuela de la interacción mantiene que su concepción puede ser muy útil para la práctica administrativa, las organizaciones constituyen una parte importante del entorno de cada persona, los cuidados enfermeros requiere un conocimiento profundo de los diversos sistemas que componen el entorno y en particular, del conjunto de las necesidades de los pacientes.

Promueve la salud de los entornos donde son dispensados los cuidados. Según esta concepción, la salud presupone que las acciones, reacciones, interacciones y transacciones tienen lugar en los tres sistemas: el personal, interpersonal y el social.

La percepción, el conocimiento de sí mismo y de los demás, el crecimiento, la imagen, los valores y las necesidades de la persona caracterizan el sistema personal. Una percepción coherente entre la enfermera y el paciente o entre el empleado y la gestora facilita la comunicación y la motivación para alcanzar los objetivos de salud. El sistema interpersonal, se define como la interacción, la comunicación y la transacción. Un conocimiento profundo de estos conceptos lleva a la enfermera a comprometerse eficazmente en un proceso de cambio con los diversos actores de los medios de salud. Finalmente, el sistema social concierne al poder, a la autoridad, al control, al estatuto y a la organización. Esta perspectiva social permite a la enfermera a tomar decisiones acertadas con vista a una organización de cuidaos centrados en la salud y el bienestar de las personas.

Roy

Propone una síntesis de las teóricas de la adaptación y de los sistemas, que aplica a las organizaciones en cuidados enfermeros. Según Roy, la supervivencia y el crecimiento de la organización a los estímulos internos y externos generadores del cambio.

Los cuidados consisten asegurar la prestación de servicios de calidad a los pacientes. Para esto la enfermera esta llamada a promover la adaptación de los sistemas, sea el sistema físico, el sistema de rol, el sistema interpersonal y el sistema interdependiente. Cada sistema agrupa un conjunto de elementos de fenómenos pertinentes para la práctica. Entonces evalúa cada uno de los elementos y fija las prioridades. El modelo ayuda a la enfermera a delimitar los problemas y proponer las intervenciones específicas y eficaces.

Roy explica que la organización es un sistema de adaptación que recurre a dos fuentes de adaptación: los mecanismos estabilizadores y los mecanismos innovadores. La estabilidad esta asegurada por la estructura de la organización, los valores de las enfermeras y las actitudes cotidianas para prodigar los cuidados. Un lenguaje común y una sinergia de pensamientos favorecen la comunicación, la participación y la motivación: estos son los elementos esenciales para la promoción del bienestar y de la calidad de vida en el trabajo.

Rogers:

La salud de los entornos de cuidados pueden ser descrita como la expresión de la armonía y de sinfonía entre los campos de energía clientes, personal cuidador, gestora y organización.

La concepción de Martha Rogers se sitúa en la escuela del ser humano unitario. Algunos autores sostienen que esta concepción tiene consecuencias importantes en la gestión de los cuidados. La idea central de la concepción de Rogers es la interacción entre el campo de energía persona y el campo de energía entorno.

El entorno es descrito como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo, este campo de energía esta en interacción continua con los campos de energía personas, cliente y personal. Según los tres principios de la homeodinamica de Rogers, es decir, la resonancia, la felicidad y la integridad la enfermera puede favorecer los cambios en el entorno y en los cambios en el entorno y en los comportamientos de las personas.

Utilizando el principio de la resonancia, que se relaciona con el cambio continuo hacia las más altas frecuencias, la enfermera reconoce las características de los campos de energía que reflejan el bienestar de los clientes y del personal. Según la concepción de Rogers, el bienestar hace referencia a la realización de uno mismo, a la actualización y al desarrollo humano.

El principio de la felicidad es particularmente útil para la gestión de los cuidados. La autora describe la felicidad como la diversidad creciente y continua de los campos de energía persona y entorno, que se manifiesta por los nuevos innovadores y creadores.

La diversidad, la creatividad y el cambio constituye cambios de importancia en la gestión aseguran el crecimiento el desarrollo y la vitalidad de la organización.

Según la perspectiva de Rogers, se supone que cada individuo cada individuo tiene la capacidad de crear cambios positivos que pueden afectarle a él y afectar a los demás. De ahí la importancia de favorecer la información, la formación, la participación, el apoyo y la apertura a los demás.

El principio de globalidad igualmente puede guiar la gestión. La globalidad designa la interacción constante entre los campos de energía persona y entorno. Esto implica la existencia de cambio mutuos y recíprocos entre la gestora y la enfermera. cuando concepciones diferentes guían a la enfermera que esta al lado del enfermo y ala gestora, pueden surgir sentimientos de inoportunidad, de incomprensión y de incompatibilidad. Se puede decir que los campos de engría son de la misma frecuencia o no se sitúan en el mismo tiempo espacio.

Leininger:

Según Leininger el cuidado es la esencia, el fenómeno central, el concepto mayor de los cuidados enfermeros. El cuidado debe de ser valorizado, tanto en la práctica clínica como en la práctica administrativa. Leininger afirma que sus concepciones del cuidado transcultural puede girar a la enfermera gestora tanto en su actividad cotidiana como en la evaluación sistemática de los resultados esperados de un servicio de cuidados. La práctica enfermera, ya sea clínica o administrativa, favorece entonces los resultados de curación y promueven el bienestar y la salud de las personas.

La enfermera es llamada a apoyar la intervención de las personas cuidadoras que ejercen según tres modos: la conservación, la acomodación y el remodelaje de los cuidados culturales.

Leininger estipula que son necesarios nuevos valores así como nuevos enfoques y estructuras administrativas para mantener y enriquecer nuestras percepciones de realidades multiculturales en los centros de salud. la enfermera es llamada a crear un contexto y un entorno de trabajo favorables para la prestación de cuidados adaptados a la cultura de los pacientes y del personal. Esta propuesta incorpora, por otro lado, uno de los principios inherentes el cuidado de la persona, el principio relativo a la dignidad y el respeto de la persona.

Según el pensamiento de Leininger, la salud del entorno de cuidados podría ser descrita por los valores, creencias y las prácticas de los cuidados dirigidos a la coherencia cultural.

Leininger define así la enfermería: un arte y ciencia aprendida y humanística que se centra en conductas de cuidados personalizados, funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y el mantenimiento de conductas de saludo la recuperación de enfermedades que tienen significado física, psicocultural y social, para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermedad profesional o con competencias en funciones similares.

Supuestos principales sobre los cuidados transculturales:

1. La práctica del cuidado entre los humanos es fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra.
2. Los actos y procesos de cuidados son esenciales para el nacimiento, desarrollo, crecimiento, supervivencia y muerte pacífica del ser humano.
3. La práctica del ser humano es esencia y la dimensión pragmática, intelectual y unificadora de la profesión de enfermería.

4. Los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas y ambientales que deben explicarse y verificarse para proporcionar unos cuidados de verdadera naturaleza holística a las personas.
5. Los actos de enfermería son transculturales y exigen por parte de las enfermeras la utilización e identificación de datos del sistema intercultural enfermera-paciente.
6. Los estilos, metas y funciones de la práctica de los cuidados varían con la estructura social y los valores específicos de cada cultura.
7. Los auto-cuidados y otros tipos de cuidado varían de una cultura a otra y de un sistema de asistencia al otro.
8. La identificación de las conductas, creencias y prácticas de los cuidados populares y profesionales universales es esencial para el avance del cuerpo de conocimientos de Enfermería y de cuidados en general.
9. La administración de cuidados es una práctica de profundas raíces culturales y requiere por tanto un conocimiento de base cultural además de la suficiente capacitación para su eficaz aplicación.
10. No puede producirse curación sin cuidados, pero puede haber cuidados sin que se produzca la curación.

Peplau.

El modelo conceptual de Peplau ve el cuidador a la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-cliente, que favorece el desarrollo. El cliente orienta el contenido de la relación escogiendo los motivos que le conciernen, y la enfermera orienta el proceso animándole en la exploración de estos motivos. La enfermera es consciente de que es el instrumento terapéutico de la relación interpersonal. La práctica enfermera inspirada en el modelo conceptual de Peplau exige el desarrollo de competencias en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas, particularmente el apoyo en el aprendizaje, la utilización productiva de la energía que proviene de la ansiedad y el reconocimiento del lenguaje verbal como reflejo de las creencias y conocimientos de la persona.

Describe la enfermería como un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros términos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

Persona: define a la persona en término de ser humano. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud: define a la salud como una palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

Entorno: define el entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura, de donde se obtienen costumbres, hábitos y creencias.

Peplau describe cuatro fases de la relación enfermera-paciente.

Orientación: durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una

experiencia que reorienta aquellos y fortalece las fuerzas positivas de la personalidad, además de proporcionar la satisfacción necesitada.

Aprovechamiento: durante la fase de aprovechamiento el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. En esta fase pueden proyectar nuevas metas que alcanzan mediante el esfuerzo personal, y la fuerza se desplaza de la enfermera al paciente en el tiempo que éste propone la graficación a fin de alcanzar las metas recién formulada.

Resolución: las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan las nuevas.

Lydia E. Hall

Los intereses profesionales de Hall se centraron en la enfermería de salud pública, la enfermería cardiovascular, la cardiología pediátrica y la enfermería para enfermos crónicos.

Hall extrajo extensos conocimientos de las escuelas de psiquiatría y psicología para teorizar sobre la relación entre la enfermera y el paciente.

Hall afirma que la psicoterapia facilita el aprendizaje por que:

- a) Señala e identifica comportamientos insatisfactorios.
- b) Explora objetivamente y junto al paciente las razones que mueven a dichos comportamientos.
- c) Establece, a través de la reeducación, hábitos más eficientes para la solución de los problemas.

Con la terapia centrada en el paciente, los cambios se producen cuando:

1. Las personas se aceptan a sí misma y a sus sentimientos con mayor plenitud.
2. Adquiere mayor confianza en sí mismo y más autodirección.
3. Cambia los hábitos inadecuados, incluso los crónicos.
4. Se muestra más abierto a la evidencia de lo que está sucediendo tanto dentro como fuera de él.

La enfermera profesional funciona más terapéuticamente cuando el paciente ha entrado en su segunda etapa de hospitalización.

La enfermera que suministra sus cuidados es también un ser humano particular que interactúa con el paciente en un complejo proceso de enseñanza aprendizaje.

Persona: los pacientes alcanzan su potencial máximo a través de un proceso de aprendizaje; por lo tanto la terapia que más necesitan es de naturaleza educativa. La rehabilitación es un proceso que consiste en aprender a vivir con limitaciones. Las habilidades físicas y mentales deben de aprenderse es aprender acerca de si mismo como persona: toma conciencia de sentimientos y conductas y clarificar motivaciones.

La enfermedad obedece a nuestros sentimientos inconscientes, que son las raíces de las dificultades de adaptación.

La curación puede acelerarse ayudando a la persona a avanzar hacia la conciencia de si misma.

F. Colliere

La enfermera define cuidar como:

Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que son diversas en sus manifestaciones.

Ha profundizado en los cuidados y el cuidar. En sus escritos habla de que las enfermeras deben aprender a pasar de un oficio a una profesión.

El ser humano está creado para cuidar y ser cuidado. Necesita cuidar a otro para desarrollarse a en el sentido ético, también necesita ser cuidado en diferentes etapas ara poder hacer frente a las barreras de la vida y alcanzar la plenitud.

Colliere define cuidados como:

Conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Meleis

Propone a la enfermera gestora diversas estrategias en orden a promover la utilización de concepciones claras y explícitas de la disciplina enfermera. Por ejemplo la dirección esta llamada a suscitar ocasiones para discutir con su personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados enfermeros. La gestora no debe sólo comprender, si no igualmente ayudar a los otros a comprender la contribución de una concepción enfermera para una excelente práctica clínica. Desde esta óptica, la dirección de los cuidados es requerida a apoyar los principios inherentes al cuidado de la persona, la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y los recursos personales; evalúa la globalidad del paciente, más que restringir sus análisis sólo a los problemas inmediatos.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El proceso de atención de enfermería, es un sistema de planeación en ejecución de los cuidados de enfermería que se basa en principios y en el método científico.

En los años sesentas, surge una propuesta para la conformación del Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). En 1967 Yura y Walsh, escriben el primer libro en donde se definen sus cuatro componentes básicos: Valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de los años sesenta, Bloch, Ray, Mundinger, Jauron y Aspinall añadieron la fase de diagnósticos, conformándose con ésta, cinco fases.

“El proceso de enfermería puede ser definido de acuerdo con tres indicadores principales: objetivos, organización y características”

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso atención de enfermería tiene seis características:

FINALIDAD

SISTEMATICO

DINAMICO

INTERACTIVO

FLEXIBLE

POSEE UNA BASE TEORICA.

FINALIDAD: Por que se dirige a un objetivo.

SISTEMATICO: por que parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo.

DINAMICO: por que responde a un cambio continuo.

FLEXIBLE: se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos grupos o comunidades y sus fases pueden utilizarse sucesivas o conjuntamente.

POSEE UNA BASE TEORICA: por que ha sido gestado a partir de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El principal objetivo del proceso de atención de enfermería: es formar una estructura que cubra las necesidades del paciente, la familia y la comunidad de manera individualizada. Esto implica la existencia de una relación de interacción entre la enfermera y el paciente con la participación de ambos en el proceso. Todo esto para alcanzar los objetivos finales de los cuidados de enfermería que son:

- Promover, mantener o restaurar la salud o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte digna.
- Proporcionar cuidados de calidad y calidez a un costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud”

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de enfermería, definición de la NANDA (NORTH AMERICAN NURSSING DIAGNOSIS ASSOCIATION): el diagnóstico de enfermería es un juicio sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o problemas sanitarios reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona las bases para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son personal de enfermería.

En esta etapa, los datos obtenidos en la valoración determinaran las necesidades que requieren ser reforzadas cuando sea puesto en practica el plan de atención de enfermería, también se determinaran que problemas se puede resolver el paciente en forma independiente, interdependiente y dependiente.

BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

- A. Cuando el diagnóstico se pretenda formular es un **diagnóstico real**, se anuncia escribiendo el **nombre diagnostica relacionado con** la etiología o factor relacionado contribuyente y **manifestado por** las características definitorias mayores y/o menores observadas.

- B.** El diagnóstico identificado se define como un **diagnostico potencial**, la forma de enunciarlo sería citando primero **el nombre o etiqueta diagnóstica** precedido por la palabra “**potencial**” y **relacionado con** la etiología o factor relacionado contribuyente.
- C.** En el caso de considerar un **diagnostico posible** la forma correcta de enunciarla será estando primero **el nombre o etiqueta diagnóstica** precedida de la palabra “**posible**” y **relacionado con** la etiología o factor relacionado contribuyente.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona. Sus intervenciones van dirigidas a conservar o establecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Henderson define enfermería en términos funcionales. La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Henderson no expresa su propia definición con independencia. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la salud más que la vida en sí misma, es margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Entorno: define el entorno como el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Persona. Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la dependencia, o la muerte pacífica. La muerte y el cuerpo son inseparables.

El modelo de Virginia Henderson es aplicable a todas las etapas del proceso de atención de enfermería como a continuación se anota:

A.- en las etapas de valoración y diagnóstico, dirige la recolección de datos y se elabora el análisis y síntesis de los mismos para determinar:

- El grado de independencia y dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades establecidas por Virginia Henderson.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

B.- En las etapas de planificación y ejecución se formulan los objetivos de independencia basados en las causas de dificultad detectadas y se establece la intervención de enfermería más adecuada a la situación, y se determinan las actividades a realizar.

C.- En la etapa de evaluación el esquema propuesto por Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos o alcanzados: a partir de la implementación del plan de cuidados, todo esto encaminado a ayuda al paciente a alcanzar su independencia dentro de sus capacidades y recursos.

Las catorce necesidades básicas o requisitos que se deben satisfacer para mantener la integridad física y psicológica que son comunes a todos los individuos y promueven su crecimiento y desarrollo propuestos por Henderson son los siguientes.

- 1.-Necesidades de oxigenación.
- 2.-Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.-Necesidad de eliminación.
- 4.-Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- 5.-Necesidad de descanso y sueño.
- 6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.-Necesidad de termorregulación
- 8.-Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.-Necesidad de evitar peligros.
- 10.-necesidad de comunicarse.
- 11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.-Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.-.Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todas las personas, y cada una de ellas tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de maneras diferentes para crecer y desarrollarse a lo largo de sus vidas, las personas para satisfacer estas necesidades básicas están determinados por los aspectos Biológicos, Psicológicos, Sociales y Espirituales. El análisis de cada una de las necesidades que interrelacionadas servirán para valorar al individuo como un todo; se llevara a cabo en la recopilación de datos durante la etapa de valoración y posteriormente a esta, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios determinados por Henderson, la Independencia y de dependencia.

INDEPENDENCIA: Puede ser definido como la capacidad de las personas para satisfacer por si mismas sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación (11)

DEPENDENCIA: Puede ser considerado como una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por una persona con fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para

De acuerdo al pensamiento de Virginia Henderson la función propia de enfermería consiste en atender al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o restablecimiento.



CAPITULO 2

APLICACION DEL PAE



VALORACION DE ENFERMERIA.

Ficha de identificación:

Nombre: MCHR

Edad: 26 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Procedencia: Estado de México (Chimalhuacán)

Escolaridad: Secundaria terminada

Fecha de admisión: 16 de julio del 2007.

Ocupación: Ama de casa y domestica ocasional.

Fuente de información: Directa o indirecta.

Servicio: Gineco-obstetricia

Dx. médico: Abdomen agudo posible apendicitis complicada.

Fecha de elaboración de la cedula: 18 de julio del 2007.

MOTIVO DE INGRESO:

Ingres a las 01.00 hrs. a urgencias de Adultos, refiere iniciar su padecimiento actual hace tres días con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad tendiente a la continuidad irradiando en forma difusa en todo el mesogastrio inferior, con predominio en fosa iliaca derecha sin desencadenantes aparentes, acompañado de nauseas, ataque al estado general y hipertermia 37.8°C.

DATOS HISTORICOS:

DATOS PERSONALES NO PATOLOGICOS

Toxiconamias: negadas

Alergias: negadas.

Hospitalización: una vez

Cirugías previas: una cesárea.

Transfusiones: no

Alergias: no

Partos anteriores: una cesárea.

DATOS PERSONALES PATOLOGICOS:

Niega a ver tenido enfermedades de importancia.

DATOS HEREDO FAMILIARES:

Abuelo materno: diabetes mellitus tipo II, con tratamiento.

Abuela paterna: crisis epilépticas, con tratamiento.

Madre: diabetes mellitus controlada.

**DATOS ACTUALES:**

Se observa somnolienta, bajo efectos de anestesia, pupilas normoreflexicas, oídos limpios y membranas timpánicas integras, lenguaje fluido y claro, cuello simétrico, no se palpan masas, campos pulmonares limpios y bien ventilados, mamas sin alteraciones, simétricas y sin deformidades, abdomen blando y depresible, heridas quirúrgicas limpias, refiere dolor intenso a la palpación de las mismas.

Extremidades superiores e inferiores simétricas, reflejos osteotendinosos sin alteraciones, pulsos periféricos presentes y de buena intensidad, no presenta edema.

OXIGENACIÓN:

FR. 16x', FC.82x', TA. 120/80.

Uso de O₂: puntas nasales

Llenado capilar: 2"

Resultados de laboratorio

Biometría hemática	Resultado	Valores normales en hombres	Valores normales en mujeres
Hemoglobina	14.0	14-18	12-16
Hematocrito	46%	42-52%	37-47%
Leucocitos	5400	4300-1800/ul	4300-1800/ul
linfocitos	26%	1500-4000/ul	1500-4000/ul
monocitos	3%	200-950ul	200-950ul
Eusinofilos	0	0-700/ul	0-700/ul
Neutrofilos	70%	34-71%	34-71%
Plaquetas:	221000	150 000-400-000ul	150 000-400-000ul
TtP	26 seg	22-37seg	22-37seg

Química sanguínea	Resultados	Valores normales en hombres.	Valores normales en mujeres.
Glucosa	80 mg/dl	70-110 mg/dl	70-110 mg/dl
Urea	18 mg/dl	8-25 mg/d	8-25 mg/d
Creatinina	0.8 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl
Ácido úrico	3.1mg/dl	Hombres: 3.0-7.0 mg/dl	mujeres: 3-7 mg/dl
Sodio	141 mEq/dl	135-145 mEq/dl	135-145 mEq/dl
Potasio	4.8 mEq/dl	3.5-5.0 mEq/l	3.5-5.0 mEq/l
Bilirrubina	0.4 mg/dl	menos de 1.5 mg/d	menos de 1.5 mg/d
DHC	88 U/ml	60-120 U/ml	60-120 U/ml

Examen general de orina	Resultado	Valores normales
Ph	6	4.7-7.8
Densidad	1.010	1.005-1.030
Proteínas	Negativo	<150 mg/24hr
Glucosa	Negativo	<300 mg/
Cetona	Negativo	<50 mg/
Sangre	Negativo	0.015-0.062 mg/dL Hemoglo
Bilirrubina	Negativo	No detectada
Nitritos	Negativo	0.06-0.1 mg/dL (Ion nitrito))
Leucocitos	Incontables	5-15 células /µ L
Eritrocitos	18 por campo	
Bacterias	++	
Células Epiteliales	++	



NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Peso actual: 55 Talla: 1.55 Peso ideal: 55

Dieta:

Habitual: sopa quisado y postre

Numero de comidas: 3 veces al día.

Intolerancia alimentaria/alergias: negadas

Problemas de masticación o deglución: negados

Uso de suplemento alimenticio: no

Dieta indicada: dieta liquida, si tolera dieta blanda y posterior a dieta normal.

Estado de piel: Palidez de tegumentos y mucosas orales reseca.

Características de cabello y uñas: cabello bien implantado con cabellera abundante.

Aspecto de encías y dientes: caries dentarias de tres premolares, encías sin alteraciones.

ELIMINACIÓN:

Eliminación intestinal: Evacua cada 48 hrs. Características de las heces: formadas, amarillas. Dolor al evacuar: si, poco. Prurito: no sangrado: no

Orina: elimina de 6 a 7 veces al día en cantidad normal, olor fétido color amarillo turbio.

Dolor al orinar: no.

Presencia de edema: no.

TERMORREGULACIÓN:

Temperatura corporal: 37.8

Características de la piel: caliente, con pómulos rubicundos.

Condiciones del entorno físico: refiere escalofríos, así mismo se cubre con la sabana.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

El estado actual la limita para llevar a cabo su actividad cotidiana: si

Porque: dolor en la herida quirúrgica

Postura en la que se encuentra: Sentada.

Necesita ayuda para la de ambulación: Si, ya que para ir al baño necesita que se le apoye de un brazo.

DESCANSO Y SUEÑO:

Horario de sueño: duerme de 7 a 8 hrs. diarias, en forma suficiente y satisfactoria.

Siesta: no Alteración del sueño: refiere que durante la hospitalización a presentado insomnio secundario al dolor de herida quirúrgica.

Se siente cansada al levantarse: si un poco.



NECESIDAD DEL USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Viste ropa apropiada para su edad, muy modesta pero limpia.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Aseo de manos antes y después de comer: Si se lava las manos antes y después de comer.

Aseo de manos después de ir al baño: si

Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: ninguno.

Cada cuando se baña: diario

Cada cuando cambia su ropa exterior: cada que se baña

Cada cuando cambia su ropa interior: diario

Cuántas veces se lava los dientes: tres veces al día.

Herida quirúrgica: se encuentra limpia y seca.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

¿Vive sola o con su familia? Con su esposo e hijo de 8 años.

¿Conoce las medidas de prevención respecto a su enfermedad?

No, por que no ha estado en contacto con personas que padezcan este tipo de enfermedad, y por que ha tenido mucho trabajo.

¿Conoce los riesgos de no seguir el tratamiento intrahospitalario?

No, por las mismas razones del punto anterior.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

¿Tiene comunicación con sus familiares referente a sus problemas? No, por que sus familiares no se encuentran viviendo con ella, ya que están en su pueblo.

¿Presenta alguna dificultad para comunicarse?

Permanece tapada de la cara y menciona sentirse triste por no estar con su familia, con respecto a su esposo no va ha verla ya que es militar y sale cada ocho días.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.

¿Qué religión profesa? Católica.

¿Sus creencias les generan conflictos personales? No

Mencione algunos valores principales para usted. Respeto, fidelidad, amor, confianza.

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? Que algún día tenemos que morir y seremos juzgados por dios nuestro señor.

¿Hábito de llevar a cabo sus creencias? Cada ocho días iba a misa antes de estar internada.



NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

¿Actualmente a que se dedica?

Trabaja como domestica por las mañanas mientras su hijo esta en la escuela, desearía estudiar, conseguir un buen trabajo y tener otro hijo.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Actitud referente a su enfermedad

Escucha con atención y manifiesta mucho interés por conocer todo lo relacionado con su enfermedad.



Tratamiento medico.

Dieta normal

Reposo relativo

Curación de Herida Quirúrgica

Sol fisiológica de 1000 PVP

Cefotaxima 1gr IV c/6 horas

Metamizol 1 tableta VO PRN.

Ketorolaco 1 ampula IV PRN

Sulfato FE. 1tableta c/12hrs



ORGANIZACIÓN DE DATOS:

NECESIDAD	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	ESTADO ACTUAL	DATO HISTORICO.
Oxigenación	FR. 16x´ superficiales, FC.82x´, T.A. 120/80. Pulsos periféricos presentes y de buena intensidad Llenado capilar: 2 por segundo. Dolor en herida quirúrgica (laparotomía) al respirar.		O ₂ por puntas nasales	
Eliminación	Evacua cada 48 hrs., presenta heces duras y formadas con dolor. Movimientos peristálticos disminuidos		Se observa que se cubre con la sabana.	
Termorregulación.	Presenta hipertermia de 37.8°C. presenta		El estado actual la limita para llevar a cabo su actividad	



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Necesidad de moverse y mantener buena postura.	escalofríos. Piel caliente y pómulos rubicundos		cotidiana.	
Descanso y sueño.	Refiere dolor intenso a la palpación de las heridas quirúrgicas. Se observa con facies de dolor.		Requiere ayuda para la deambulacion ya que para ir al baño necesita que se le apoye de un brazo	
Necesidad de evitar peligros	Somnolienta durante el día y por la noche presenta insomnio secundario al dolor en herida quirúrgica.		No conoce las medidas de prevención respecto a su enfermedad por que no ha estado en contacto con personas que la padezcan y por que ha tenido mucho trabajo.	
Necesidad de	Escucha con atención y manifiesta mucho interés por conocer todo lo relacionado con su enfermedad		No conoce los riesgos de no seguir el tratamiento intrahospitalario por las mismas	
	Menciona sentirse			



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

comunicarse	triste por no estar con su familia, ssituación que le causa ansiedad ya que no puede ver a su hijo y teme que le pase algo. Al mencionar lo anterior se le observan facies de preocupación y se le escucha su voz temblorosa y habla en un tono de voz más bajo.		razones del punto anterior. No tiene comunicación con sus familiares ya que ellos no viven aquí. Con respecto a su esposo no va ha verla ya que es militar y sale cada ocho días.	
-------------	--	--	---	--



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad física, manifestada por evacuar cada 48 hrs., heces duras y formadas con dolor y movimientos peristálticos disminuidos

DEFINICIÓN: Es el estado en el que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar un estasis del intestino grueso que provoca una eliminación infrecuente (dos o menos defecaciones a la semana) o de heces duras y secas o ambas cosas.

RESULTADO ESPERADO: La señora M. presentará una evacuación de consistencia blanda no dolorosa en las siguientes 24 hrs.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
Auscultar borborigmos una vez por turno.	Los borborigmos indican el estado de la actividad peristáltica.	7:00	Se auscultan ruidos intestinales disminuidos	
Proporcionar dieta rica en fibra.	Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y la evacuación regular. La frecuencia y la consistencia de las heces están relacionadas con líquidos y alimentos ingeridos la fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción del agua hacia las heces, así mismo	8:00 13:00 20:00	Se le motiva a comer aproximadamente 800 gramos de frutas y verduras –equivalente a cuatro piezas de fruta del tiempo y una buena ensalada-	Dentro de la dieta se observa que prevalece la manzana, naranja, mandarina, pera, y de los vegetales esta el brócoli, zanahoria, papa. Cereales y frutas secas. Acepta esta dieta con agrado.



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>Proporcionar 500 ml. por turno</p> <p>Establecer un protocolo regular para la evacuación estableciendo un horario para ello.</p>	<p>favorece la formación de heces blandas y bien formadas y disminuye el riesgo de heces duras y secas difíciles de evacuar.</p> <p>Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimular la regularidad en la evacuación.</p> <p>El hábito intestinal depende de factores culturales y familiares. El margen de la normalidad es amplio, oscilando entre tres deposiciones al día y una cada tres días.</p> <p>Una sensación de normalidad puede disminuir la vergüenza a la vez que fomentan la relajación y ayudan a realizar la defecación.</p> <p>La correcta posición</p>	<p>8:00 13:00 20:00</p> <p>10:00am</p>	<p>Se le dan 125 ml. de leche, 125 ml de té, 125 ml de agua de sabor y los 125 ml. restantes se le proporcionan junto con los medicamentos vía oral,</p> <p>Se le sugiere intente defecar poco más o menos una hora después de las comidas; y permanezca sentado en la taza durante aproximadamente 10 minutos.</p> <p>Se le lleva al baño y se le explica que debe sentarse completamente en la taza.</p> <p>Se asegura la privacidad durante los primeros intentos de la eliminación: cerrando la puerta del baño</p>	<p>Dentro de la dieta se incluye lo que es gelatinas, sopas aguadas y guisados caldosos.</p> <p>De las tres ocasiones en que acude al sanitario refiere que en una de ellas presento una evacuación escasa con dolor ligero</p>
---	---	--	---	---



<p>Enseñar ejercicios para favorecer la evacuación.</p>	<p>optimiza la actividad de la masa muscular abdominal a la vez que maximiza la fuerza de la gravedad para facilitar la defecación. El ejercicio regular ayuda a evacuar por que refuerza la masa muscular abdominal y estimula el apetito y la actividad peristáltica. La actividad física frecuente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de las heces. También aumenta el riego sanguíneo del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces.</p>	<p>11:00am</p>	<p>Se le apoya flexionándole el pie derecho y extendiéndole y después el pie izquierdo por 15 tiempos. Después flexiona ambos pies, se le pide levante la cadera por 15 tiempos. Se le sienta a la orilla de la cama para que eleve y flexione ambos pies por 15 tiempos, Después que intente caminar por el pasillo.</p>	<p>Se muestra con interés en los ejercicios haciendo su día más corto y agradable.</p>
---	---	----------------	---	--

EVALUACIÓN: La Señora. M. desde el primer día que cambio la dieta y empezó a hacer el ejercicio, evacuo por la tarde a un con ligero dolor, el segundo día también presentó una evacuación por la tarde, y el tercer día evacuo por la mañana y por la noches estos dos últimos días refiere que sus evacuaciones son más blandas y el dolor había desaparecido.



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El personal de enfermería debe tener en cuenta que culturalmente una persona puede presentar pudor o vergüenza para la eliminación intestinal por los ruidos y el olor que se presentan durante la misma lo que puede provocar alteraciones a nivel de intestino grueso.



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Ansiedad relacionada con amenaza imaginaria sobre su hijo manifestado por no estar con su familia, ya que no puede ver a su hijo y teme que le pase algo. Al mencionar lo anterior se le observan facies de preocupación y se escucha un tono de voz más bajo y tembloroso al hablar.

DEFINICIÓN: Estado en el que la persona o grupo experimenta sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo, como respuesta a amenazas imprecisas e inespecíficas.

RESULTADO ESPERADO: La señora M. escribirá sus temores y sus posibles causas con el fin de que diferencie lo real de lo imaginario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
Enseñar técnicas de relajación a través de la respiración.	Las técnicas de relajación fomentan la sensación de control del paciente sobre la respuesta de su cuerpo al estrés. El centro respiratorio del cerebro, las fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo y la composición química de la sangre, son factores que ayudan a regular la respiración. La actividad del centro respiratorio aumenta en	11:00	Se le pide a la paciente que inhale y exhale 5 veces continuas. Que levante y baje los hombros 15 tiempos. Que mire hacia arriba, se le pide que repita varias veces en voz alta yo M. voy a salir adelante, por mi hijo ya que se encuentra bien y a si mismo ir modificando su tono de voz. Se le proporciona un espejo para que realice ejercicios de expresión facial, de alegría y de enojo.	La concentración fue difícil al inicio se reía mucho y no terminaba los ejercicios después los realizaba estando sola. Le costaba trabajo levantar el tono de voz ya que de 3 intentos, 1 lo terminaba llorando.



<p>Alentar a que exprese la amenaza imaginaria que tiene de su hijo.</p>	<p>relación directa con la elevación o disminución de la concentración de CO₂ en sangre. Si esta contiene poco CO₂ y gran cantidad de O₂ las respiraciones serán débiles y de frecuencia más lenta.</p> <p>Proporcionar apoyo emocional y animar a la paciente a que comparta sus sensaciones, le permitan esclarecer sus temores y recibir de la enfermera refuerzos realistas y tranquilidad. Los factores relacionados de la ansiedad que son modificables, aportan una información incompleta e inexacta. Proporcionando una información correcta y corrigiendo los conceptos erróneos, se podrán reducir los temores y la ansiedad.</p>	<p>14hrs</p>	<p>Se le proporciona una hoja para que ella pueda expresar la amenaza imaginaria que tiene respecto a su hijo. A si mismo reforzando información que ella misma sabe y que es acertada para esclarecer dudas y ubicarla en la realidad.</p> <p>Se le visita de manera regular y no</p>	<p>Plasma sus sentimientos en la hoja, después le da lectura, hace aclaración de cada parte escrita, externa que se siente culpable por haberse enfermado ya que eso la separa de su hijo, promete salir adelante para que se recupere y pueda salir pronto del hospital y así mismo reunirse con su hijo.</p> <p>Le cuesta trabajo</p>
--	---	--------------	--	---



Transmitir comprensión y empatía.	El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar a la paciente a esclarecer y expresar verbalmente sus temores, permitiendo a la enfermera aportar refuerzos realistas y seguridad.	12hr	solo en ocasiones de queja física, permitiéndole que llorara si así lo desea.	expresar sus sentimientos, solo hace comentarios del medico que la valora.
-----------------------------------	--	------	---	--

EVALUACIÓN: La Señora. M. tuvo problemas para poder concentrarse en los ejercicios del espejo y el de poder exteriorizar lo que ella imaginaba que le pasaba a su hijo al inicio y después de que lo hizo a través de la hoja le fue mas fácil realizar los ejercicios a si que ella misma tomaba la iniciativa y los hacia por si sola. El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar a la paciente a esclarecer y expresar verbalmente sus temores, permitiendo a la enfermera aportar refuerzos realistas y de seguridad.



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Hipertermia relacionada con vestimenta inadecuada para el clima manifestado por presentar escalofríos, piel caliente y pómulos rubicundos, temperatura de 37.8°C.

DEFINICIÓN: Estado en el que una persona tiene, o esta en riesgo de tener, una elevación mantenida de la temperatura corporal debida a factores externos, por encima de 37.8°C, si se registra en la boca por encima de 38.8°C si se registra en el recto

RESULTADO ESPERADO: La Señora M. disminuirá su temperatura a 36.6°C en un lapso de 2 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
Eliminar el exceso de ropa de cama	La adicción de ropas o mantas a una persona, inhibe la capacidad natural del cuerpo para reducir la temperatura corporal; al quitar las ropas o las mantas se favorece la capacidad natural para bajar la temperatura del cuerpo. El cuerpo responde a los ambientes cálidos aumentando la disipación a través de un incremento de calor en la producción de sudor.	10am	Se retira cobertor de la cama y se le proporciona una bata limpia y seca de algodón.	Refiere sentirse con escalofríos, lo cual se le deja una sabana delgada de algodón.
Aplicación de compresas frías cada	Los efectos en la aplicación del frío en la superficie	10:30	Se le colocan compresas frías especialmente en axilas, abdomen	Al inicio refirió sentirse incomoda por el frío de



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>hora por cada 15 minutos previa valoración de la temperatura.</p>	<p>cutánea, estimula los receptores de la piel, dichos estímulos viajan por los nervios espinaláticos laterales hacia el hipotálamo posterior y desde allí hacia la corteza cerebral. En esta zona el frío se hace conciente. Una reacción al frío en el organismo es la disminución del calor La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta. La temperatura interna del cuerpo o central (boca, recto, vagina) es mayor que la superficie o periférica (axilar o pliegue inguinal). La fiebre es un signo importante de infección, inflamación y enfermedad. La fiabilidad de la temperatura, depende de una técnica exacta de registro de temperatura y del lugar elegido para la</p>		<p>e ingles. Con recambios continuos durante 15 minutos.</p>	<p>las compresas. Al valorar la temperatura a los 15 minutos marco 37.5°C, a los 45 minutos disminuyo al llegar a 36.8°C así mismo se observa que disminuye la ansiedad del paciente, al preguntar cuanto marca el termómetro cuando se lo retiramos. Queda con una temperatura de 36.6°C.</p>
--	---	--	--	--



Proporcionar líquidos mismos que se darán para el problema de estreñimiento.	medición. Cuando existe fiebre, las calorías y líquidos necesarios para mantener las funciones metabólicas aumentan.	14:00pm	Se le dan la misma cantidad y características de los líquidos que se mencionan en el problema de estreñimiento.	La paciente refirió tener mucha sed, lo cual se le proporciono la que ella deseo. Después de bajar la fiebre ya no solicito más la que toma con sus alimentos.
--	---	---------	---	---

EVALUACIÓN: Se logró que la temperatura descendiera a 36.8°C manteniéndose estable la Señora M. El problema de hipertermia leve se trata mediante intervenciones de enfermería, tales como corregir las causas externas como la adición de ropas o mantas ya que inhibe la capacidad natural del cuerpo para reducir la temperatura corporal al quitarlas. En este caso no se elevó el nivel de temperatura que nos indicara de un problema interdependiente o una complicación potencial.



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Alteración del bienestar dolor relacionado con el movimiento físico manifestado por la limitación al movimiento ya que para ir al baño necesita que se le apoye de un brazo por el dolor intenso, a la palpación de las heridas quirúrgicas presenta facies de dolor.

DEFINICIÓN: Estado en que una persona experimenta y manifiesta la presencia de una molestia intensa o una sensación desagradable que dura más de un segundo y menos de seis meses.

RESULTADO ESPERADO: La señora M. manifestará verbalmente que disminuyó el dolor y aumentará su actividad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
Facilitar una movilización progresiva	La ayuda para la marcha debe de utilizarse del modo correcto y seguro, para garantizar su eficacia y prevenir las lesiones. La deambulacion es una actividad tridimensional compleja que involucra piernas, pelvis, tronco y extremidades superiores. La marcha es un movimiento complejo en el que participan el aparato locomotor y los sistemas nervioso y cardiovascular Los factores cognitivos, como el estado mental y la orientación tienen una importancia crucial en la seguridad de la marcha.	Durante el turno	Se sienta al borde de la cama con las piernas colgando durante unos minutos antes de levantarse. Se levante de la cama limitando el tiempo a 15 minutos tres veces al día. Se le aumenta el tiempo que permanece levantado, según su tolerancia con incremento de 15 minutos. Se le apoya para que camine en el pasillo, dando paseos cortos y frecuentes, aumentando la distancia de los paseos progresivamente dada día.	El primer día le costo trabajo el poder realizar las actividades, después fue siendo más hábil para sus movimientos.
Proporcionar medidas	La piel contiene abundantes	10hrs	Se le realiza cambios de ropa de cama; funda de almohada y	Se observa facies de



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>de bienestar</p>	<p>nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, el tacto, el calor y el frío El sudor, la secreción de glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.</p>		<p>sabana, con el fin de quitar las partículas (restos de alimentos).</p>	<p>comodidad, y satisfacción.</p>
<p>Se realizan cambios posturales cada 2 horas</p>	<p>La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intracapilar (aproximadamente de 32mm Hg.), los capilares pueden ocluirse: la hipoxemia resultante dañara a los tejidos.</p>	<p>8hrs 10hrs 12hrs 14hrs</p>	<p>Se gira desde el lado izquierdo a decúbito supino, de decúbito supino a lado derecho, del lado derecho al lado izquierdo y del lado izquierdo a decúbito supino.</p>	<p>Los cambios posturales se realizaron con ayuda del camillero, no pareció ser desagradable para la paciente.</p>
<p>Se le brindan métodos de distracción.</p>	<p>El grado en que una persona pueda ser distraída de su dolor no esta en lo</p>	<p>11am</p>	<p>Se le permite que ingrese una televisión, se le proporcionan revistas y libros de su interés para que le sirva de distracción. Se le proporciona un</p>	<p>La combinación de distractores, la televisión, rompecabezas y libros</p>



	absoluto relacionada con la existencia o la intensidad del mismo. Las distracciones por lo general, aumentan la tolerancia al dolor y disminuyen su intensidad.		rompecabezas de 100 piezas, para que pueda contar las piezas y armarlo.	funcionaron muy bien, se entretenía más por ver la televisión, en especial telenovelas.
--	--	--	---	---

EVALUACION: La Señora. M. manifestó verbalmente ya no tener dolor así mismo aumentó su actividad física. El primer día de los ejercicios dio pocos pasos y se canso fácilmente, en el segundo día tuvo más movilidad y mayor disposición para realizarlos. Es importante que la enfermera no estereotipe a los miembros de una determinada cultura, si no que acepte un amplio abanico de expresiones del dolor, ya que este es una experiencia universalmente reconocida “el dolor es una experiencia muy íntima que esta notablemente influenciada por la herencia cultural” (Ludwig-Beymer, 1989, Pág. 283).



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Temor relacionado con déficit de conocimiento sobre el tratamiento manifestado por desconocer signos y síntomas de alarma, la falta de asistencia a la consulta médica justificando que tiene mucho trabajo, y el solicitar verbalmente que se le indique "todo lo relacionado con su enfermedad".

DEFINICIÓN: Estado en que una persona o grupo, experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional, relacionado con una fuente identificable que se percibe como peligrosa.

RESULTADO ESPERADO: La señora M. manifestara verbalmente que disminuyó su temor cuando describa las medidas de prevención así como del tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION TEORICA.	HORA	EJECUCION	OBSERVACION.
Se le proporciona educación de higiene en herida, así como de signos y síntomas de alarma en caso de una infección o dehiscencia de la herida quirúrgica.	Potencialmente la capacidad del paciente para llevar a cabo el cuidado personal se puede aumentar su sentimiento de control y dependencia, mejorando así su bienestar global. La fiebre es un signo invariable en mayor parte de enfermedades infecciosas y procesos inflamatorios. Son variaciones patológicas las hipertermias cuyo ascenso es por encima de 37.5°C.	9:00	Se lleva al baño con apoyo, sentándola en la silla para que se pueda bañar. Se le brinda intimidad durante el baño, proporcionándole así mismo todo el material del baño y situarlo al alcance de la mano. Se le explica como retirar los parches de las heridas: remojarlas y desprenderlas con cuidado, lavarlas con abundante agua y jabón. Se le indica que en cuanto termine de bañarse avise para apoyarla al traslado de su cama para realizarle la curación de herida y colocarle una venda (fajarla,) para evitar que la herida llegue a	Le fue agradable el baño, aprendió como despegar y quitar los parches de las heridas, a si mismo lavarlas y protegerlas para que no se contaminen. En la paciente ya se habían presentado en una ocasión la hipertermia de 37.8°C misma que se controlo por medios físicos y ya no se volvió a presentar.



<p>Valorar el grado de participación actual</p>	<p>La educación óptima favorece el cuidado personal. También es necesaria una reevaluación continua para identificar los cambios que se producen en la capacidad de participar en el cuidado personal.</p>		<p>contaminarse y pueda infectarse. Se le orienta conforme a los signos de alarma: en caso de presentar fiebre mayor de 37°C, sangrado transvaginal abundante o ser más que lo habitual durante su menstruación u olor fétido. Se le menciona que inmediatamente debe de dar aviso a la enfermera si es que se encuentra en la estancia hospitalaria o si se encuentra en su domicilio recurrir al hospital más cercano. Se realiza una retroalimentación, a través de preguntas directas. ¿Signos de alarma? ¿Como cuidar sus heridas?</p>	<p>Acepta la preguntas con gran interés a si mismo las responde.</p>
---	--	--	---	--

EVALUACION: La Señora. M. logró alcanzar el resultado esperado ya que con la retroinformación que se llevo a cabo se observo que comprendió la información. La enfermera tiene un papel muy importante en la identificación del temor que difiere de la ansiedad ya que aquel surge cuando existe una amenaza identificada pero ambos conducen al desequilibrio fisiológico por lo que el tener conciencia de los factores que agravan los temores favorece el control y evita que se exalten los sentimientos.



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionado a la interrupción del tratamiento.

DEFINICIÓN: Estado en que una persona esta en riesgo de ser invadida por microorganismos oportunistas o patógenos procedentes de fuentes endógenas o exógenas.

RESULTADO ESPERADO: la señora. M. informará sobre los factores de riesgos asociados a la infección y las precauciones asociadas

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION TEORICA.	HORA	EJECUCION	OBSERVACION.
Valorar la aparición de manifestaciones clínicas de infección cada 24 hrs.	Las manifestaciones clínicas de infección, son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómito y cefalea. Los desechos orgánicos exudados, etc., incrementan la posibilidad de infección. El lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades. La piel y mucosas generalmente contienen gérmenes. Los agentes químicos tienen propiedades	8hrs	Se realiza curación de herida quirúrgica, se cambian gasas y se coloca vendaje abdominal. Se le instruye a realizar correctamente el lavado de manos.	Se observa que no hay presencia de enrojecimiento, inflamación o salida de liquido purulento en la herida quirúrgica



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>Educar sobre agentes externos que pueden producir infección</p>	<p>bactericidas, bacteriostáticas o bacteriolíticas La protección de herida con material estéril, evita su contaminación. Existen factores predisponentes que pueden ser controlables para evitar que existan riesgos de infección por que obstaculizan o alteran las defensas del huésped. La piel y mucosas pueden ser lesionadas por agentes químicos, mecánicos, térmicos o microbianos.</p>	<p>Después de la curación de la herida.</p>	<p>Se le informa que evite aplicar pomadas, aceites, u otras sustancia sobre la herida quirúrgica .</p>	
--	--	---	---	--

Evaluación: La señora M. mostró interés durante la explicación que se le daba para cuidar la herida quirúrgica, y comento algunas dudas que se le aclararon en su momento. Las intervenciones de enfermería para este tipo de personas se centran en minimizar la introducción de microorganismos y aumentar la resistencia de infección para disminuir las complicaciones que pongan en riesgo la vida de la persona.



NOMBRE: MCHR

FECHA: 18-julio-2007

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Enfermedad inflamatoria pélvica

DEFINICIÓN: Es el resultado de un proceso infeccioso localizado en la cavidad abdominal.

C.P: Septicemia

Formación de absceso

Neumonía

Embolia pulmonar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
FUNCIONES INTERDEPENDIENTES				
Cefotaxima 1 g cada 12 hrs. IV. Primer día de medicamento.	Es un antibacteriano en infecciones por bacterias Gram.+ y -.se utiliza para tratamientos en infección de vías respiratorias bajas, infecciones urinarias y ginecológicas, bacteremia y septicemia, endocarditis, infecciones de la piel y tejidos blandos, infecciones abdominales, osteoarticulares, empleado en tratamiento preoperatorio. Es una cefalosporina de tercera generación, resistente a la pseudomona aeruginosa y clostridium. Se elimina por la orina 6 hrs después de la administración, esta contraindicado en pacientes alérgicos a la penicilina y cefalosporinas.	12hrs 24hrs	Se administra medicamentos teniendo la precaución de verificar los cinco correctos, asimismo se corrobora que la paciente no sea alérgica a la penicilina.	Se observa tranquila, sin ninguna reacción ante la administración del medicamento tales como dolor local, prurito, fiebre, erupción cutánea, diarrea, nauseas, vomito, colitis, leucopenia o trombocitopenia.
Metamizol 2 mg. por	Analgesico indicado en pacientes con dolor	6:00hrs	Se checa la tensión arterial	Se observa tranquila, sin ninguna reacción ante la administración del medicamento tales como: shock anafiláctico,



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 12 horas. Primer día de medicamento.</p>	<p>agudo post-operatorio o post-traumático, dolor de tipo cólico de origen tumoral. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos. Las dosis usuales son: vía oral: de 1 a 2 g cada 8 horas, vía parenteral: una ampula de 2 g de metamizol por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, sin sobrepasar las 3 ampulas por día. En la indicación de dolor oncológico se utilizará 1/2 -1 ampula cada 6-8 horas por vía oral, disuelta en naranja, cola o cualquier otra bebida refrescante. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad (por ejemplo, anafilaxis o agranulocitosis) Puede existir sensibilidad cruzada en pacientes que han tenido síntomas de asma, rinitis o urticaria después de la administración de ácido acetil-salicílico, paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El tratamiento no deberá superar más de 7 días. La administración intraarterial por error puede producir necrosis del área vascular distal. Deberá utilizarse con precaución en pacientes con tensión arterial sistólica por debajo de 100 mm Hg. y en pacientes con circulación inestable</p>	<p>18:00hrs</p>	<p>antes y después de la administración de medicamento siendo esta de 110/80.</p>	<p>dificultad para respirar, asma, rinitis, edema angioneurótico, hipotensión, urticaria, erupción o agranulocitosis (fiebre alta, escalofríos, dolor de garganta, inflamación en boca, nariz o garganta, lesiones en mucosa oral o genital).</p> <p>La paciente solicita antes del horario su medicamento. Refiere no tener antecedentes alérgicos a la aspirina. Cuando se aplico el</p>
---	---	-----------------	---	--



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Ketorolaco 2mg. por vía intramuscular profunda o intravenosa	(por ejemplo, después de infarto de miocardio, lesiones múltiples, shock incipiente). El ketorolaco es un analgésico antiinflamatorio no esteroide. se absorbe se usa para el alivio a corto plazo del dolor moderadamente intenso y no debe usarse por más tiempo que 5 días, para condiciones que causen dolor leve, o dolor crónico (a largo plazo). El riesgo podría ser mayor en las personas que toman antiinflamatorios sin esteroides durante mucho tiempo, las personas mayores, aquellos que no tienen buena salud o en quienes toman más de tres bebidas alcohólicas por día mientras toman este medicamento.	12hrs	Se administra el medicamento después de los alimentos, para prevenir que cause alguna lesión gastrointestinal. Después de la administración del medicamento se verifica que el dolor no persista.	medicamento a los diez minutos la paciente expreso verbalmente que ya no tenia dolor, y se quedo dormida
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN.
FUNCIONES INDEPENDIENTES				



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

<p>Toma de signos vitales por turno</p>	<p>Cualquier alteración de los signos vitales podrá ser signo de alguna complicación. La fiabilidad de la temperatura, depende de una técnica exacta de registro de temperatura y del lugar elegido para la medición. La fiebre es un signo importante de infección, inflamación y enfermedad. La actividad del centro respiratorio aumenta en relación directa con la elevación o disminución de la concentración de CO₂. si esta contiene poco CO₂ y gran cantidad de O₂ las respiraciones serán débiles y de frecuencia más lenta. Al disminuir el volumen circulante disminuye la presión sanguínea. Un pulso con frecuencia lento significa que el corazón toma periodos de descenso más prolongados entre los latidos.</p>	<p>8:00hrs 12:00hrs</p>	<p>Temperatura de 36.5°C a 37.1°C Pulso: 68 a 72 por minuto. Respiración: de 18 a 20 por minuto.</p>	<p>Solo presento un pico febril de 37.8°C.</p>
<p>Reposo relativo en cama.</p>	<p>Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamientos. Esta posición favorece ya que nos ayuda con la disminución de la tensión muscular abdominal, al descanso y favorece la respiración.</p>	<p>8hrs 10hrs 12hrs</p>	<p>Se coloca en posición semifowler en su cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores</p>	<p>Muestra mayor confort y disminuyen molestias leves.</p>
<p>Proporcionar educación sexual.</p>	<p>La investigación ha demostrado que la utilización de métodos de barrera mecánica</p>	<p>10hrs</p>	<p>Se explica el peligro de una reinfección y se le</p>	<p>Se observa con interés durante la educación</p>



	<p>(preservativos, diafragmas, esponjas vaginales y tapones cervicales) y las barreras químicas que contienen nonoxynol9 (espuma, gelatina, crema) reduce de forma eficaz las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales o la esterilización no protegen de enfermedades de transmisión sexual. Se aconseja a los pacientes que empleen otros métodos como los de barrera química y mecánica para prevenir las infecciones.</p>	.	<p>dan a conocer signos y síntomas de alarma como son: dolor abdominal, nauseas, fiebre, malestar, flujo vaginal purulento y maloliente. Se le fomenta su participación en procedimientos de prevención para no contagiar a otras personas y protegerse a si misma.</p>	<p>sexual, y expresa verbalmente sus dudas con respecto a los anticonceptivos.</p>
--	--	---	---	--

COMENTARIO: No se presenta ningún signo de complicación potencial, la temperatura se mantuvo en 36.7°C. La señora M. refirió mayor comodidad y tranquilidad por lo tanto no fue necesario ningún cambio con respecto al tratamiento medico y de enfermería. La administración de antibióticos, especialmente si es prolongada, puede favorecer la proliferación de microorganismos resistentes. Debe evaluarse el estado del paciente a intervalos regulares. Si se produce una infección secundaria, deben adoptarse a las medidas adecuadas.

La enfermera debe de aprender durante su vida acerca de la sexualidad para que analice sus propias creencias y sentimientos con respecto a la sexualidad y lo que se considera normal y anormal en el momento de dar la educación sexual.

CONCLUSIONES

La ciencia avanza a pasos agigantados tratando de encontrar solución para cada enfermedad, la enfermedad inflamatoria pélvica si es detectada a tiempo puede ser tratada por medio de fármacos, pero si llega a avanzar causa múltiples molestias a la paciente alcanzando la resección del útero.

A través de la aplicación del proceso atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, se fortaleció el conocimiento de las diferentes necesidades e inquietudes de una paciente con esta enfermedad.

Gracias a este modelo se presentan cuidados de una forma equitativa, lógica y metódica garantizando la calidad de cuidados de enfermería, ya que se lograron cubrir las necesidades en la atención, el desarrollo de técnicas y procedimientos realizados eran más factibles y satisfactorios. Al término de su estancia hospitalaria se confirma el conocimiento de la enfermedad por parte de la paciente lo que le permitirá colaborar en su rehabilitación.

De acuerdo a lo anterior es una persona con sumo interés por aprender todo lo relacionado con su enfermedad, ya que no se quedaba con ninguna duda acerca de los procedimientos realizados.

Resultado satisfactorio aplicar el modelo de Virginia Henderson por su enfoque humanístico.

SUGERENCIAS

- Que se difunda a todos los niveles de salud la gran importancia de utilización de métodos de barrera para evitar que hayan mayores incidencias de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Hacer charlas en consultas externas acerca de enfermedades de transmisión sexual y como prevenirlas.
- Hacer mayor énfasis en pacientes que presenten por primera vez una infección de transmisión sexual explicando también la importancia del termino del tratamiento.
- Realizar periódicos murales para explicar enfermedades de transmisión sexual y por que es importante el sexo seguro.
- Invitar a madres de familia que acudan periódicamente a revisión ginecológica.

GLOSARIO:

ACTIVIDAD: Acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA: Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o establecer la salud.

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE DE ENFERMERIA: Actividad reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere de supervisión o dirección de otros profesionales.

ACTIVIDAD INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERIA: Actividad de enfermería que requiere dirección o asesoramiento de otros profesionales de salud.

ANAMNESIS: Conjunto de datos pertenecientes al enfermo, recogidos a través del interrogatorio del paciente y sus familiares.

ANSIEDAD: Estado en el que el individuo o grupo experimenta sentimiento de inquietud, aprehensión y alteración del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

ASISTENCIAL: Área de trabajo vinculada con la prestación de servicios de salud, ya sea Hospital o Institución pública.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA: Son las acciones que se llevan a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificada en la persona.

CRITERIO: Es un elemento concreto que sirve de norma o de modelo.

DIAGNÓSTICO: Investigación de los síntomas de una enfermedad para reconocerla y clasificarla por una denominación propia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Problema de salud, reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR: Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar, hacia un nivel más elevado y deben estar presentes dos hechos: deseo de un mayor nivel de bienestar y estado o función actuales eficaces.

BIENESTAR DE ENFERMERÍA POTENCIAL: conocidos ahora como diagnósticos de enfermería de alto riesgo.

ETIOLOGIA: Término previo para los factores relacionados.

FACTORES DE RIESGO: factores predisponentes que aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de una alteración y un diagnóstico de enfermería.

INDICADORES: Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

MÉTODO: Es cualquier actividad que orientamos hacia un fin propuesto con un orden lógico.

OBJETIVO: Meta o fin determinado. Cambio que se quiere lograr.

PROBLEMA: Insatisfacción de necesidades.

PROCESO: Es un conjunto de etapas o pasos que siguen un orden lógico.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el concepto básico de que cada persona responde de una forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

PRONOSTICO: Conjetura acerca de lo que puede suceder de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

TAXONOMÍA: Ciencia de la clasificación, es decir estudio de los principios generales de la clasificación científica.

TERAPÉUTICA: Rama de las ciencias médicas relacionadas con el tratamiento de las enfermedades.

VALORACIÓN: Término utilizado para describir la entrevista inicial con un paciente de la que se extrae importante información que permita individualización de los cuidados de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Alfaro Rosalinda-Lefevre, MSN, "Aplicación del proceso de enfermería"
Mosby-Doyma. 7/a Edición España. 2005.
- 2.-Atkinson Leslie D-Murray Ellen "Proceso Atención enfermería"
Manual moderno 10/a reimpresión de la segunda Edición México, DF. 2000
- 3.-Beare-Myers "Enfermería Médico Quirúrgica"
Mosby- Doyma 8/a Edición España. 2006.
- 4.-Bensos Ralph C. "Manual de ginecología y obstetricia "
Manual moderno 10/a Reimpresión 2004. México D.F.
- 5.-Brunner L. A-D.S Sudar "Manual de la enfermera"
Mediterráneo Tomo 4 México 2005.
- 6.-B.G. Wren-R.a.Lobo."Manual de Obstetricia y Ginecología"
Interamericana McGraw-Hill 5ª Edición México D.F.
- 7.-Bernal López Beatriz, Pineda Ramírez Ma. Eduardo. Antología "Textos de filosofía y filosofía de enfermería "impreso en México.
- 8.-Carpeenito J. Linda "Diagnósticos de Enfermería "8/a edición.
Mc-Graw Hill. Interamericana 2001
- 9.-Carpeenito J. Linda "Planes de cuidados y documentación en enfermería" "
4/a edición. Mc-Graw Hill. España 2005.
- 10.-Fernández Ferrín Carmen. Novel Mart-Gloria "Proceso Atención de Enfermería estudio de casos" Ediciones científicas y técnicas, S.A. Salvat 5/a Edición.
- 11.-Jiménez Miranda Martín-enrique Jiménez Jimeno. "Fundamentos de Ginecología y Padecimientos de la mama" Editorial Méndez Cervantes 5/a edición. México DF
- 12.-Gauntlett, Patricia Myers Judith "Enfermería Medica Quirúrgica" volumen I
5/a Adaptación de Susana Salas y Ma. Teresa Alzaga Editorial Mosby Doyma.
- 13.-Instituto nacional de perinatología. "Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología" Marketing y publicidad de México 2004
- 14.-Iyer W. Patricia et all "Proceso atención de enfermería"
Interamericana McGraw-Hill 14/a 2003
- 15.-Jones H. W Wentz. A.C. Burnett I.S. "Tratado de Ginecología de Novack"
Interamericana Mc-Graw-Hill 14/a edit. 2006. México.
- 16.-León Boubli- "Ginecologia "
Moosby Doyma, 4/a 2006

17.-Meador Billie C. "Enfermería en cuidados intensivos"
Manual moderno tercera reimpresión México DF 2004

18.-Mi –Ja Kim et all "Diagnósticos de Enfermería y Plan de cuidados" 5/a
Mosby división de Times Mirrón España 2004.

19.-Setter Frank H. MD. "Sistema Reproductor"
Salvart 2005

20.-Pritchard Jack A. et-all "Obstetricia"
Salvat obra original de México.

21.-Stovall-Summitt-Beckman Ling "Manual Clínico de Ginecología" Editorial
Interamericana Mc-Graw-Hill México 2006.

22.-Sorrentino Sheeila A. "Enfermería Practica"
Manual Moderno. México DF 2003

23.-Te linde, Thompson Rock "Sinecología Quirúrgica"
Panamericana 2004.

24.-Vega Franco Leopoldo-Héctor García Manzanedo "Bases Esenciales de la
Salud Publica. la prensa médica mexicana

CAPITULO 3

ANEXOS

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

CONCEPTO

“La enfermedad inflamatoria pélvica

Es el resultado de un proceso infeccioso localizado en la cavidad abdominal.

Es una infección de las trompas de Falopio, ovarios, peritoneo pélvico, venas pélvicas o tejido conjuntivo. La infección puede limitarse a una estructura o afectar a todas las estructuras pélvicas” puede ser aguda o crónica, unilateral o bilateral, esta alteración contribuye a 15-20% de las admisiones ginecológicas en los grandes hospitales.

En los Estados Unidos, cerca de 1 millón de mujeres presentan enfermedad inflamatoria pélvica anualmente y se estima que 1 de cada 8 adolescentes sexualmente activas presentarán esta enfermedad antes de los 20 años. Dado que esta afección generalmente no se diagnostica en forma completa, los datos estadísticos probablemente son más altos de lo estimado.

INCIDENCIA:

Anualmente se presentan 3-9 casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda por 1.000 mujeres entre los 15 y los 44 años, y 12-18 casos por 1.000 mujeres de 15- 24 años. Afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, con mayor incidencia entre los 15 y 24 años.

FACTORES DE RIESGO:

1. Infecciones de transmisión sexual
” Generalmente los casos obedecen a infección bacteriana.”
 - Gonococo, Estreptococos, Clamidias, Bacilo tuberculoso o una flora mixta
 - Personas con parejas múltiples.
 - Prácticas sexuales poco confiables.
2. Infecciones causadas por la introducción de cuerpos extraños en el útero que incluyen:
 - Uso de dispositivos intrauterino.
 - Histerosalpingografía.
 - Insuflación tubaria.
 - Dilatación o legrado.
 - Interrupción del embarazo.
 - Mujeres que se masturban con objetos contaminados
3. infecciones pélvicas después de una cirugía ginecológica mayor.
4. Estado socioeconómico bajo.

Signos y síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica.

- [Secreción vaginal](#) con color, consistencia u olor anormal
- Dolor abdominal
- Fiebre: (no siempre se presenta y puede aparecer y desaparecer)
- Escalofríos
- Sangrado o [manchado](#) menstrual irregular
- Aumento del [cólico menstrual](#)
- [Ausencia de la menstruación](#)
- Aumento del dolor durante la ovulación
- [Relaciones sexuales dolorosas](#)
- Sangrado después de la relación sexual
- [Lumbago](#)
- [Fatiga](#)
- Inapetencia

- Náuseas con o sin vómitos
- [Micción frecuente](#)
- [Micción dolorosa](#)

CUADRO CLÍNICO

El dolor abdominal es el síntoma más constante; se presenta en 95% de los casos, y aunque es inespecífico, tiende a localizarse o a ser más intenso en los cuadrantes inferiores del abdomen. Generalmente es bilateral, de intensidad variable que aumenta con el coito, la exploración clínica, los cambios de posición y la maniobra de Valsalva. En el examen ginecológico se puede encontrar dolor a la movilización del cérvix, en útero o anexos. En 5-10% de las pacientes puede encontrarse dolor en el hipocondrio derecho sugiriendo perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: adherencias inflamatorias de la cápsula hepática al peritoneo parietal. Hasta 75% de las pacientes tienen leucorrea. Puede haber sangrado genital anormal causado por endometritis. También puede encontrarse fiebre, náusea, vómito, distensión abdominal y disuria.

La siguiente clasificación se basa en los hallazgos clínicos:

GRADO I	GRADO II	GRADO III
No complicada, sin masa (limita a trompas y ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.	Complicada (masa o absceso que involucra trompas y/o ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.	Diseminada a estructuras extrapélvicas (absceso tuboovárico roto o pelviperitonitis) o con respuesta sistemática.

CLASIFICACIÓN

Clasificación por grados, mediante el examen clínico de la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

I.- Salpingitis o salpingo-ovaritis complicadas, unilaterales o bilaterales.

1. sin peritonitis pélvica.
2. con peritonitis pélvica.

II.- Salpingitis o salpingo-ooforitis complicadas, piosalpinx o absceso tuboovarico con masa en anexos unilaterales o bilaterales.

1. sin peritonitis pélvica.
2. con peritonitis pélvica.

III.- Grandes abscesos tuboovaricos o pélvicos de 8 cm. de diámetro.

Diseminación de la infección hacia el abdomen superior o rotura del absceso tuboovarico.

Clasificación de la intensidad de la enfermedad inflamatoria pélvica por laparoscopia.

Leve:

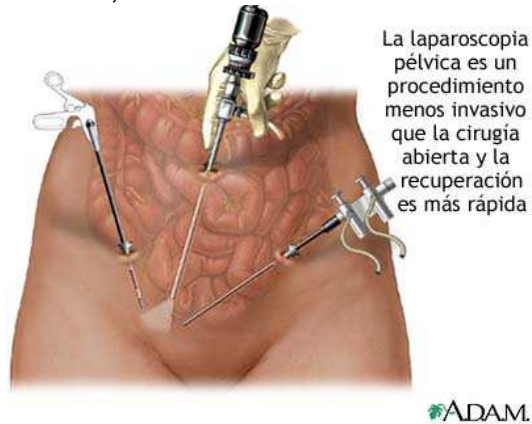
Eritema, edema, sin exudado purulento espontáneo, trompas levemente móviles.

Moderado:

Material purulento manifestado: eritema y edema más notorios. Las trompas quizá no se muevan en forma libre y los orificios de la fimbria tal vez no sean permeables.

Intensas:

Piosalpinx o complejo inflamatorio; absceso.



Definición La laparoscopia pélvica

La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento que permite al médico visualizar directamente los contenidos del abdomen y de la pelvis, incluyendo las trompas de Falopio, los ovarios, el útero, el intestino delgado, el intestino grueso, el apéndice, el hígado y la vesícula biliar. El objetivo de este examen es ver realmente si existe un problema que no se haya encontrado con exámenes no invasivos. Se puede diagnosticar laparoscópicamente lo siguiente: inflamación de la vesícula biliar (colecistitis), del apéndice (apendicitis) y de los órganos pélvicos (enfermedad inflamatoria pélvica) o tumores de los ovarios.

DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica completa.
2. Examen Físico.

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

- Prueba de embarazo de buena sensibilidad.
- Cultivo de cérvix para *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*.
- Prueba de antígeno para *Chlamydia*.
- Cultivo endometrial.
- Cultivo de trompas uterinas.
- Cultivo de líquido de fondo de saco de Douglas.
- Laparoscopia.
- Ecografía pélvica.

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Estructura del Aparato Reproductor Femenino

Los órganos reproductores pueden clasificarse en esenciales o accesorios dependiendo de si participan o no directamente en la creación de la descendencia.

Órganos Esenciales

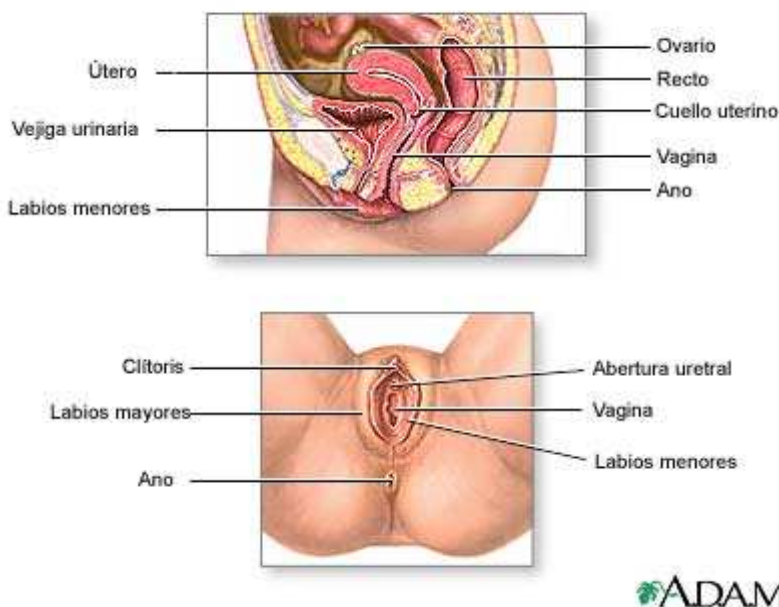
Los órganos esenciales en la [reproducción](#) de [la mujer](#), las gónadas, son los ovarios. Los gametos femeninos, u óvulos, se reproducen en los ovarios.

Órganos Accesorios

Están formadas por las siguientes estructuras

Una de conductos o estructuras de conductos modificados que se extienden desde cerca de los ovarios hasta el exterior. Este [grupo](#) incluye las Trompas de Falopio, el Útero y la Vagina junto con los ovarios estos órganos reciben a veces la denominación de "Genitales internos".

Glándulas sexuales adicionales, incluidas las glándulas mamarias que suplen una función importante en la reproducción.



Estructura del Útero

Tamaño y forma

En la [mujer](#) que nunca ha [estado](#) embarazada el útero tiene forma de pera y mide alrededor de 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de anchura en su parte más ancha y 3 cm. de espesor. Tiene dos partes principales, una porción superior más ancha, el *cuerpo* y una más inferior con un estrecho cuerpo el *cervix*. El cuerpo uterino tiene una prominencia que sobresale por encima del nivel por el que entran las Trompas de Falopio, esta porción superior que sobresale se denomina *Fondo*.

La pared del útero esta compuesta por tres capas:

El Endometrio o Capa Interna: es un recubrimiento de membrana mucosa, compuesta de tres capas de tejido, una capa superficial compacta de epitelio cilíndrico simple parcialmente ciliado llamado *estrato compacto*; una capa esponjosa media de tejido conectivo laxo, el *estrato esponjoso* y una densa capa interna llamada *estrato basal*, que

ancla el endometrio al miometrio subyacente. El endometrio tiene un rico suministro de capilares sanguíneos, así como numerosas glándulas exocrinas que secretan moco y otras sustancias a la superficie endometrial.

El Miometrio o Capa Intermedia: esta compuesta por tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas direcciones, longitudinal, transversal y oblicuas, proporcionando gran [fuerza](#) al útero. Los haces de fibras musculares lisas se entrelazan con los componentes elásticos y del tejido conectivo y suelen mezclarse en el revestimiento endometrial. El miometrio es más grueso en el fondo y más delgado en el cervix, esta adaptación estructural sirve para expulsar un [feto](#).

El Peritoneo o Capa externa de membrana serosa: no recubre al cervix en su totalidad, solo una parte de este menos el curto inferior de su superficie anterior.

Cavidades

Las cavidades uterinas son pequeñas debido al espesor de sus paredes. La cavidad del cuerpo es plana y triangular. Su punta se dirige hacia abajo y constituye el *orificio cervical interno*, que se abre en el *conducto cervical*. Este conducto también se estrecha en su extremo inferior, formando el *orificio cervical externo*, que se abre en la vagina. Las trompas uterinas se abren en la cavidad del cuerpo en sus ángulos supero externos.

Irrigación uterina

El útero recibe un rico aporte sanguíneo de las arterias uterinas, ramas de las arterias iliacas internas. Además, las [sangre](#) de las arterias vaginales y ováricas alcanza el útero mediante anastomosis de los vasos uterinos. Los vasos arteriales entran en las capas de la pared uterina como arteriolas, dividiéndose luego en capilares entre las glándulas endometriales. Las venas uterinas, ováricas y vaginales devuelven la sangra venosa del útero hacia las venas iliacas internas.

Localización

Se localiza entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás.

Posición

El útero suele estar flexionado entre el cuerpo y el cervix, con el cuerpo apoyado sobre la superficie superior de la vejiga, dirigido hacia delante y ligeramente hacia arriba. El cervix se dirige hacia abajo y hacia atrás desde el punto de flexión, uniéndose con la vagina en un ángulo prácticamente recto. Varios ligamentos mantienen el útero en posición y lo anclan en la cavidad pélvica, pero permitiendo un considerable [movimiento](#) del cuerpo. Las fibras de los diversos músculos que forman el [suelo](#) de la pelvis convergen y forman un nódulo llamado *cuerpo perineal*, que también desempeña un importante papel en el soporte uterino.

Ligamentos uterinos (tres parejas y dos únicos)

Ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina

