

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON
ATONIA UTERINA EN EL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**

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

P R E S E N T A

MARITZA VARILLAS SALVADOR

Número de cuenta

407121388

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

MEXICO, D.F. OCTUBRE DE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. OBJETIVOS.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. METODOLOGÍA.....	5
4. MARCO TEÓRICO	
4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	6
4.1.1. Concepto de Proceso Atención de Enfermería.....	7
4.1.2. Características del Proceso Atención de Enfermería.....	7
4.1.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	9
4.1.3.1. Valoración.....	11
4.1.3.2. Diagnostico de Enfermería.....	24
4.1.3.3. Planeación.....	38
4.1.3.4. Ejecución.....	43
4.1.3.5. Evaluación.....	45
4.2 MODELO CONCEPTUAL.....	47
4.3 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	48
4.3.1. Modelo conceptual de Virginia Henderson y los cuatro Conceptos del Metaparadigma.....	51
4.3.2. La persona y las 14 necesidades.....	53
4.4 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	
4.4.1. Órganos genitales externos.....	54
4.4.2. Órganos genitales internos.....	58
4.4.3. Fisiología de la Reproducción.....	66

4.5 ATONIA UTERINA.....	69
5. HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
5.1. Hoja de Valoración de la Enfermera (o) según el Modelo de Virginia Henderson.....	79
6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.....	81
7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	83
8. PLAN DE ALTA.....	110
9. CONCLUSIONES.....	112
10. SUGERENCIAS.....	113
11. BIBLIOGRAFIA.....	114
12. ANEXOS.....	116

DEDICATORIAS

A Dios principio de mi existencia y fuerza de mi espíritu, nada de lo que tengo sería sin ti, por estar conmigo ayer hoy y siempre. Te amo

A mis padres Sara y Francisco por creer siempre en mi, brindarme su amor y apoyo incondicional

A los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que me compartieron su conocimiento y experiencia en beneficio de mi formación académica

INTRODUCCION

La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social, los que ofrece enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención. Si bien, la enfermería como práctica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaran de una persona que los atendiera en su estado de impedimento o necesidad. Fue hasta mediados del siglo XIX con Florence Nigthingale quien surge en la época moderna, que marca por completo el sentido del cuidado. Sin embargo en los años noventa el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indago los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En este sentido, para proporcionar un cuidado integral del individuo familia o comunidad se necesita un método de enfermería basado en reglas y principios científicos denominado proceso de enfermería, herramienta útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o enfermedad.

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados a la persona, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.

Por tanto resulta indispensable que el Lic. en Enfermería y Obstetricia conozca y aplique de manera objetiva y oportuna el proceso de atención de enfermería en la atención a la salud, en la persona obstetra. Si bien el nacimiento es un evento en el desarrollo del ser humano, no siempre ocurre en condiciones normales, existen complicaciones durante el embarazo, parto puerperio y recién nacido que lo alteran y que ponen en riesgo la vida del binomio. Dentro de las complicaciones más frecuentes que afectan a la madre después del parto se encuentra los procesos hemorrágicos, como la ruptura uterina, inversión uterina, atonía uterina etc. siendo estas complicaciones las que contribuyen a la segunda causa de muerte materna en nuestro país precedida por enfermedad hipertensiva (preeclampsia-eclampsia). La aplicación de este proceso de atención de enfermería se realizó en una persona que presentó atonía uterina a las tres horas después del parto en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de México.

Se desarrollo con el Modelo de Virginia Henderson que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano (catorce necesidades básicas).

Se aborda la anatomía y fisiología así como la patología como elementos básicos para el entendimiento de este proceso patológico. Una vez analizado se realiza la valoración de enfermería según este modelo de enfermería que permite detectar y jerarquizar las necesidades comprometidas de la persona, para después proceder realizar el diagnostico de enfermería y, posteriormente presentar el plan de cuidados de enfermería que se brindo durante este evento con la finalidad de mantener e incrementar su salud por ende su calidad de vida. Para finalizar se expone el plan de alta en el que se proporciona educación sanitaria a la persona y su familia para el alta, además de conclusiones, anexos así como la bibliografía.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Proporcionar atención profesional a través del Proceso de Atención de Enfermería con fundamento científico y enfoque humanístico centrado en el cuidado con base en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, durante el puerperio en una persona obstétrica con atonía uterina en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital General de México

1.2. Objetivos Específicos

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con enfoque holístico con la finalidad de brindar cuidados de enfermería de forma integral.
- Desarrollar las habilidades, destrezas y criterio clínico para el manejo de la paciente obstétrica durante el puerperio complicado.
- Obtener el máximo grado de salud mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- Identificar los factores de riesgo durante el puerperio a fin de prevenir daños o posibles complicaciones

2. JUSTIFICACION

Es claro que el cuidado de la salud es la actividad clave que define la labor de enfermería. Durante mi formación en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la Universidad Nacional Autónoma de México y a la prestación de mi servicios en el hospital donde laboro me di cuenta que el Proceso de Atención de Enfermería lo realizo todos los días con cada una de las personas a las que brindo atención , desde esta perspectiva decidí realizar como proceso de titulación la elaboración del proceso de atención debido a que es una herramienta habitual para la atención de la persona además que permite el desarrollo de la autonomía del profesional de enfermería. Este instrumento tiene la ventaja de obtener información sobre el estado de salud apoyado en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Su aplicación tomando en consideración las necesidades que presenta la persona es parte fundamental para el profesional de enfermería, además de fomentar la investigación y optimizar tiempo. El interés por este tema fue la gravedad que conlleva la elevada mortalidad materna y la actuación que debe tener la enfermera (o) durante el puerperio complicado De esta forma se amplían los conocimientos teoricos-practicos adquiridos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia además de identificar cuáles son los factores de riesgo para que el profesional de enfermería actúe de forma oportuna y responsable para atender esta complicación obstétrica.

El desarrollo de este trabajo es con la finalidad de aportar la realidad del escenario practico de la enfermera (o) con el fin de sistematizar los cuidados en base a necesidades de la persona para establecer un plan de atención de enfermería oportuno y adecuado e integrarlo en las mejores condiciones de salud a su núcleo familia y por ende en la sociedad.

Retomando lo anterior considero importante que el desarrollo intelectual y formación académica que tenga el egresado de la Lic. en Enfermería y Obstetricia debe tener fundamentos teóricos, con base en modelos de atención que guíen el ejercicio de Enfermería hacia un campo estratégico con una visión encaminada a garantizar la satisfacción de la persona, contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y sobre todo a fomentar en ella la importancia del autocuidado, como una alternativa para mantener el estado de salud en optimas condiciones.

3. METODOLOGIA

Para la realización de el Proceso de Atención de Enfermería se utilizo el modelo conceptual de Virginia Henderson en donde la persona sana o enferma se define como un todo integrado que presenta catorce necesidades fundamentales.

Lugar: Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México

Tiempo: Practicas del 8vo semestre en el periodo comprendido de Enero-Marzo del 2010 en el turno vespertino

Fue necesario asistir a varias asesorías para revisiones periódicas con el profesor Armando Ortega Gutiérrez que se llevaron a cabo en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se organizo para su aplicación en las cinco fases del proceso enfermero

Primera etapa:

Valoración: Se realizó mediante un instrumento de valoración según el Modelo de Virginia Henderson, posteriormente se procedió al análisis, detectando los datos de dependencia e independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Segunda etapa:

Diagnostico de enfermería: se jerarquizó los problemas y se estructuraron los diagnósticos enfermeros tomando como referencia los diagnósticos enfermeros NANDA International 2009-2011.

Tercera etapa:

Planeación: se diseñaron estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnostico; se establecieron prioridades, se elaboraron objetivos, y de manera jerárquica las intervenciones de enfermería con fundamentación científica.

Cuarta etapa:

Ejecución: se aplicaron cuidados integrales específicos con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en la planeación.

Quinta etapa:

Evaluación: en esta etapa se redacto la evolución y resultados con las intervenciones realizadas para determinar el logro de los objetivos.

4. MARCO TEORICO

4.1 PROCESO DE ENFERMERIA

La enfermería profesional requiere del proceso enfermero como método de atención al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención holística de la persona, familia y comunidad. Ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles. “Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto; Johnson (1959), Orlando (1961) y Windebach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describían un proceso de cuatro fases: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mudinger y Jauron (1975) y Aspinal (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997; 9). Su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención. La enfermería en la actualidad lucha por consolidarse como una disciplina científica. Se constituye una ciencia por tener elementos integrantes de una actividad investigadora, logrando así un conjunto de conocimientos sistemático respectivo al cuidar enfermero; emplea el método científico durante y para el ejercicio profesional y conforma un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

De ahí su aplicación en la práctica asistencial, conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite a la enfermera (o) prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática, delimita el campo de acción especificado específica de la enfermería, además favorece el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico “ (...) deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo”, (Alfaro 1999:16) pues emplea “ principios (...) y el método científico basados en evidencias (...)” (Alfaro 1999:17).

Por último en varios países se ha considerado como requisitos en los estándares para la práctica es decir un criterio de calidad en la certificación de enfermería, proporciona las bases para ocupar plazas en el sistema público de salud. En nuestro país la aplicación del Proceso Enfermero en la práctica asistencial es conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE); mientras que en el ámbito educativo se le conoce como Método Enfermero, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la

práctica; sin embargo aun falta ampliar su expansión ya que aun resulta desconocido para gran parte del personal de enfermería hoy en día.¹

4.1.1. CONCEPTO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso enfermero es el método de trabajo fundamental para brindar mejor atención, distinguiendo al profesional de enfermería de otros profesionales por su visión integral, que le permite permear la esfera biológica, psicológica y social de la persona, familia y comunidad.

Según Rosalinda Alfaro (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales”. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación durante las cuales la enfermera (o) realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de enfermería.

Es una herramienta que comprende una serie de pasos sistemático y ordenado, que constituyen la base principal en la formación del profesional de enfermería y ofrece una alternativa para la resolución de problemas de manera eficiente e innovadora con la que la persona recibe cuidados altamente profesionales, individualizados con sustento científico; proporciona el medio para sistematizar y hacer investigación y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

4.1.2. CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

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

¹Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar México D.F. p.p.19,31

Es humanista por considerar a la persona como un ser holístico (total e integrado) que es más la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

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

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia de la persona.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería debido a que ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

Es interactivo por requerir de la relación humano-humano con la persona para acordar y lograr objetivos comunes.

Su propósito fundamental es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades de la persona, la familia y la comunidad pueden ser atendidas en forma integral. La enseñanza y aplicación del Proceso de Enfermería se considera un instrumento que fomenta la innovación y creatividad en la solución de problemas de salud, beneficiando no solo el estado de salud de la persona sino a la misma enfermera (o) pues le permite incrementar la profesionalización, al utilizar un método de trabajo que aplica la base teórica al ejercicio de la profesión, sirve de guía al trabajo práctico, permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, integrar conocimientos asegurar la calidad del cuidado, forma una base para el control operativo y un medio para realizar investigación; asimismo permite realizar atención individualizada y evaluar la trascendencia de las intervenciones realizadas. Además exige del profesional el desarrollo de capacidades intelectuales, técnicas y personales para satisfacer las necesidades de las personas.

Existen datos que indican la presencia de diversos factores que limitan la aplicación del proceso como forma de trabajo en la práctica asistencial, tales como; sobrecarga de trabajo, exclusivo cumplimiento a las indicaciones médicas con pobre actuación independiente, deficiente conocimiento sobre el proceso de adquisición de vicios laborales, formatos de intervenciones institucionales obsoletos, falta de unificación de criterios en la formación académica y atribución de poca importancia a la aplicación del método obstaculizando innovaciones y mejora en la calidad de las intervenciones que realiza el personal de enfermería.

Sin embargo el personal de enfermería cuenta con un instrumento (PAE) que está constituido por principios y fundamentos científicos que aplicados sirven para el reconocimiento de patrones, necesidades, problemas e interpretación de signos clínicos. Define el campo del ejercicio profesional; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería de manera continua, para el profesional de enfermería produce crecimiento profesional y aumento en la satisfacción laboral. No obstante para cumplir con este propósito es necesario que el profesional de enfermería reúna una serie de conocimientos en el área del saber, esto es; saber hacer, saber ser, y saber convivir; es decir habilidades procedimentales, latitudinales y cognitivas que le permiten adquirir las competencias para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, a fin de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con calidad y eficiencia y , en consecuencia, lograr cambios que favorezcan el óptimo estado de salud de la persona.

Desde el punto de vista de formación académica Aguilar plantea que el Proceso de Atención de Enfermería es esencial en la formación profesional, ya que los estudiantes lo utilizan como un documento de investigación. La finalidad es establecer como competencia disciplinar el dominio conceptual, procedimental y actitudinal del Proceso Enfermero como herramienta metodológica del ejercicio profesional del egresado de la Licenciatura en Enfermería.

Está claro que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por parte del estudiante de enfermería, la docente y la enfermera (o) en el área hospitalaria las compromete su trabajo en una forma más profesional, además que clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación e investigación².

4.1.3. ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

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

1. Valoración: permite reunir la información necesaria referente a la persona, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos (capacidades) con las que se cuentan.

² Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicación Oficial de la Dirección de Prestaciones Médicas. Vol. 17 N. 1 Enero- Abril 2009 p.p.3-9

2. Diagnóstico: consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud de la persona, familia y comunidad.
3. Planeación: es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
4. Ejecución: consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
5. Evaluación: permite determinar el progreso de la persona, familia y comunidad hacia el logro de los objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

Para su aplicación el profesional de enfermería debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber.

Son competencias del área del *saber hacer* las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos. “(...) en relación con lo que hacemos u opinamos” (Lyer 1997:23) a fin de ser “competentes, flexibles y creativos”. (Lyer 1997:23) en la aplicación del proceso enfermero se requieren de este tipo de competencia, por tal razón “(...) se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico”. (Lyer 1997:22) Asimismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar a la persona, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería. También se requieren competencias en el área del saber y convivir que favorezcan la interrelación con la persona e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

Por último el pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque “es un parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad (...);” (Kozier 1998:19) indispensable para aplicar cada una de las etapas del Proceso Enfermero. Esta actividad mental debe estar siempre y debe aplicarse en todos los ámbitos del ejercicio profesional de enfermería³.

³ Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar México D.F. p.p.32-33

4.1.3.1. Valoración

Es la primera fase del proceso enfermero que se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes. Se realiza de manera continua permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

La valoración que realiza la enfermera (o) de la persona tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico es decir un modelo enfermero para la identificación de las respuestas humanas que pueden derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se pueda valorar a la persona (a) como un ser bio-psico-social y espiritual.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información
2. Validación de la información
3. Documentación y registro de la valoración

Las fuentes de obtención de los datos son los siguientes:

- Persona y su familia
- Medios :observación, entrevista, interacciones, valoración física
- Registros médicos en el expediente
- Registros de enfermería
- Bibliografía referente al problema

Recolección de la información

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

Esta guía debe considerar: datos biográficos de la persona o familia; (nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión etc...); antecedentes personales y familiares de enfermedad (anterior, actual, tratamiento medicamentoso, etc...); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc...) y los datos para el examen físico. La recolección de los datos de la persona puede

ser general y específica (focalizada); así primero tendrán un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

“Durante la valoración el profesional de enfermería cuatro tipos de datos; subjetivos, objetivos, históricos y actuales” (Iyer 1997:36). Los datos subjetivos son aquellos que la persona nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (dolor, temor, debilidad, impotencia, etc.). Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (frecuencia cardíaca, coloración de la piel, peso y talla, tensión arterial, la presencia de edema, etc....). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud de la persona (antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas para el cuidado de la salud, tratamientos anteriores, etc. Y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización (hipertermia, deshidratación, sangrado, insomnio, alcoholismo, ansiedad, etc.).

Esta etapa cuenta con una valoración inicial en el que se detectan datos sobre el problema de salud de la persona y factores contribuyentes.

Valoraciones periódicas para actualizar los datos (el estado de dependencia o independencia de la persona y familia).

Una de las decisiones en el manejo de situaciones que debe tomar la enfermera (o) se refiere a su participación para valorar el estado de salud de la persona. La habilidad y destreza en el examen clínico por parte del profesional de enfermería resultan indispensables para formular juicios críticos con mejor razonamiento dentro del contexto de la práctica, dependerá del grado de conocimientos científicos adquiridos, relaciones interpersonales positivas y cantidad y tipo de recursos físicos existentes. Tales situaciones en condiciones óptimas, permitirán a la enfermera (o) obtener en forma precisa y ordenada información de la persona en las áreas fisiológica, psicológica y social, que una vez analizadas y sintetizadas permitirán elaborar un diagnóstico de enfermería el cual facilitará la planeación y ejecución del plan de atención correspondiente, uno de sus objetivos principales es tener bases para planear el Proceso de Enfermería⁴.

Observación

En cada etapa de vida del ser humano, la valoración de la salud de la persona comprende una serie de medidas específicas para prolongar periodos de vida óptima actividad física, mental y social. Toda la información se recolecta por medio

⁴ Ibídem p.p. 35,40-41

de la observación, la entrevista y del examen físico. “Se complementan y clarifican y mutuamente”, (Alfaro 1998; 4) en consecuencia se puede realizar de forma simultánea, además de la historia clínica y el expediente clínico.

En el momento del primer encuentro con la persona, el profesional de enfermería comienza la recolección de datos por medio de la observación sistemática que se realiza a través de la utilización de los sentidos , para la obtención de información que consiste descubrir minuciosamente el estado de salud o enfermedad (necesidades biológicas, manifestaciones clínicas, actividad física) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que lo rodea. Las observaciones de enfermería deben reflejar siempre fielmente el estado de la persona, esto quiere decir observar con objetividad para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo, es una habilidad que requiere disciplina y practica. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser encontrados posteriormente confirmados o descartados⁵.

La entrevista

El personal de enfermería la utiliza con la persona, familia y comunidad, así como con el personal directivo u operativo para intercambiar ideas, informar sobre aspectos relacionados con la salud, persuadir en la forma de participación durante la atención requerida, estimular por las acciones realizadas, mejorar la situación de salud u obtener información necesaria que apoye la investigación de necesidades y problemas de salud.

Es una labor compleja que requiere ante todo habilidad en la comunicación y de la relación estrecha con la persona que debe llevarse a cabo en un ambiente de privacidad. La entrevista puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos para obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados; o informal durante la realización de cuidados en la que con frecuencia la persona expresa sentimientos y problemas mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal.

Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo respeto y confianza a través de la relación enfermera (o) -persona y el establecimiento de los objetivos comunes.

⁵Rosales Barrera, et al. “Fundamentos de Enfermería” Manual Moderno, 3ª ed. México D.F. 2004 p.p.237-238

La entrevista consta de tres partes: inicio, desarrollo y cierre.

Inicio: en donde se desarrolla una relación interpersonal para saludar a la persona, procederá a presentarse y explicar la razón de la entrevista, se centra en la creación de un ambiente favorable.

Desarrollo: caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración.

Cierre: en donde se informa a la persona sobre el término de la entrevista, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos comunes que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

- 1) Considerar elementos de identificación de la persona, familia o comunidad por entrevistar y tipo de información deseada.
- 2) Seguir la guía de valoración para llevar un orden.
- 3) Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad
- 4) Valorar el momento para realizar la entrevista, la persona debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
- 5) Dedicar el tiempo necesario para la entrevista
- 6) Mantener una actitud profesional en la relación interpersonal, (evitar sobrenombres y diminutivos)
- 7) Formular preguntas claras y sencillas considerando el nivel educativo de la persona (evitar términos desconocidos).
- 8) Escuchar con atención todo lo que dice la persona
- 9) Obtener información sin presionar la persona (verbal o no verbal)
- 10) Poner atención en el lenguaje no verbal de la persona ya que expresa más que las palabras
- 11) Dejar que la persona exprese sus ideas para poder conocer su verdad
- 12) Desarrollar la capacidad de empatía con el fin de comprender mejor la actitud y conducta de la persona.
- 13) Ofrecer orientación o educación para la salud, si el caso lo requiere⁶

⁶Rodríguez Sánchez B.A. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar México D.F. p.p.41-43

Cualidades del entrevistador

Requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería.

- Empatía: capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta la persona. Consta de dos momentos uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional de la persona y otro en el que da entender lo que comprende.
- Calidez: es la proximidad afectiva entre la persona y el entrevistador, se expresa a nivel no verbal.
- Respeto: implica el precio de la dignidad y valor de la persona y el reconocimiento como persona
- Concreción: es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista⁷.

Examen físico

Es el examen sistemático de la persona para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional. Este debe ser completo, sistemático y preciso con la metodología de exploración de cabeza a pies (cefalocaudal) o por aparatos y sistemas.

Objetivos

- Confirmar los datos obtenidos por los diferentes métodos de exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación) además de la medición de las constantes vitales y somatometría.
- Detectar características físicas y hallazgos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales

Inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

- Según la región a explorar:
 - Local: inspección por segmentos
 - General: inspección de conformación (actitud, movimientos, marcha etc.)
- Según la forma en que se realiza:
 - Directa: simple o inmediata, se efectúa mediante la vista
 - Indirecta: instrumental, armada o indirecta
- Por el estado de reposo o movimiento:

⁷ "El Proceso de Atención de Enfermería" (sitio de Internet) Disponible en:
<http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14 p.p.27

Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo

Dinámica: mediante movimientos voluntarios e involuntarios

Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto

Objetivos:

-Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.

- Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección

Igual que el método anterior la palpación se divide en:

- Según la forma en que se realiza:
Directa o inmediata: por medio del tacto y la presión
Indirecta: armada o instrumental mediante instrumentos que permiten explorar conductos o cavidades naturales o accidentales (sondas o catéteres, etc.)
- Según el grado de presión:
Superficial: con presión suave para obtener discriminaciones táctiles finas (textura de piel, tamaño de ganglios linfáticos, estructuras)
Profunda: con presión interna para producir depresión y así percibir órganos internos
Unidigital o Bidigital: para investigar puntos dolorosos, medir panículo adiposo, estudiar movilidad de pies y otros
- Según el tipo de exploración:
Tacto: mediante los dos dedos; se utiliza para la exploración de cavidades rectal y vaginal
Manual: sencilla o bimanual; en esta última se utilizan ambas manos , una para sentir , la cual se coloca contra el abdomen, y la otra como mano activa aplicando presión mediante las protuberancias blancas de la palma de la mano

Percusión: es el método de exploración física que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo.

Objetivos:

-Producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño e densidad de una estructura subyacente

-Determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano

La percusión se divide en:

- Directa o inmediata: se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos de manera suave, breve y poco intensa.
- Digitodigital: se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda sobre la región a explorar
- Indirecta: armada o instrumental mediante golpes sobre cualquier superficie osteomuscular o articular

La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad.

Auscultación: es el método de exploración física que se realiza por medio del oído

Objetivos:

-Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, etc.).

-Detectar anomalías en los ruidos o sonidos fisiológicos mencionados.

La auscultación se puede realizar por dos tipos:

Directa o inmediata

Indirecta: mediata o instrumental por medio del estetoscopio⁸.

Son aspectos imprescindibles del examen físico a medición de los signos vitales (temperatura corporal, pulso, frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial), estas deben ser revaloradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previa y actual de la persona y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del usuario, cuando esté presente cambios en su estado de salud, antes y después de realizar cualquier acción de enfermería.

Por último el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud de la persona, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular las dosis de medicamentos por parte de los médicos⁹.

⁸Rosales Barrera, et al. "Fundamentos de Enfermería" Manual Moderno, 3ª ed. México D.F. 2004 p.p. 168-175

⁹Rodríguez Sánchez B.A. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar México D.F. p.p. 44-45

Historia Clínica

Se realiza mediante el método de interrogatorio, y es de suma importancia, ya que de la información obtenida dependerá la realización oportuna y adecuada de las siguientes etapas del examen clínico. El interrogatorio es el procedimiento que consiste en la recolección de datos de la persona determinado para estructurar la historia ordenada de su enfermedad. En el ejercicio profesional en el área de la salud se ha utilizado la historia clínica como un documento que registra los antecedentes de la persona, su padecimiento actual y los datos correspondientes a la exploración física.

Objetivos:

- Establecer una relación personal con la persona y sus familiares
- Obtener información indispensable e insustituible para la elaboración de un diagnóstico.

El interrogatorio puede ser de dos tipos:

- Directo: cuando se obtiene la información directamente de la persona
- Indirecto: cuando se obtiene información sobre la persona a través de sus familiares o terceras a través de sus familiares o terceras personas.

Toda la información debe contener los datos de identificación, antecedentes individuales, perfil de la persona y estado actual.

Normas durante el interrogatorio.

1. Valorar la importancia que tiene cada uno de los apartados que tiene la historia clínica
2. Elaborar las preguntas
3. Delimitar el tiempo del interrogatorio según sea el caso
4. Seleccionar el lugar para la realización del interrogatorio
5. Lograr la aceptación y colaboración de la persona y familia
6. Mantener una actitud profesional en las relaciones con el individuo y la familia
7. Preguntar sobre el estado de las principales funciones vitales y de las manifestaciones clínicas predominantes
8. Preguntar sobre actividades de la vida diaria (alimentación, reposo, sueño, eliminación urinaria e intestinal , actividad , uso de prótesis)

9. Preguntar si recibe apoyo de tipo social, familiar o de las personas de su entorno
10. Escuchar con interés, confianza y paciencia
11. Intervenir con la finalidad de dirigir, aclarar o complementar a través
12. de un lenguaje sencillo y claro
13. Continuar el interrogatorio durante la exploración física.

Expediente clínico

Uno de los instrumentos de trabajo utilizados en la atención de cada uno de las personas es el expediente clínico. “El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud, debe hacer registros, anotaciones y certificación de la persona correspondiente a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias”

Este instrumento de trabajo (NOM-168-SSAI-1998, del Expediente clínico) es normado por la Secretaría de Salud, organismo oficial que tiende a sistematizar, homogeneizar y actualizar su manejo con principios científicos y éticos, estableciendo criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para su elaboración, integración, uso y archivo.

Sus propósitos son:

- Proporcionar información sobre hechos, cifras y observaciones sobre la persona a otros integrantes del equipo de salud.
- Facilitar la evaluación del desempeño diario de cada integrante, en relación con la atención a la persona.
- Ofrecer información permanente para la investigación médica, administrativa y jurídica.

Para el cumplimiento de estos propósitos, el expediente clínico tiene como funciones:

- Coordinar la atención médica de la persona.
- Ser agente de enseñanza médica y paramédica.
- Servir como elemento básico para la investigación.

Estas funciones reportan múltiples ventajas, algunas de ellas:

- Favorecer la atención continua de la persona.

- Simplificar el registro de datos.
- Permitir la evaluación integral del persona.
- Incrementar la comunicación entre el personal participante en la atención de persona.
- Evaluar sistemáticamente el trabajo de los integrantes del equipo de salud, en relación con su conducta clínica.
- Servir como un instrumento útil en el proceso enseñanza-aprendizaje al personal de atención a la salud.
- Incrementar la interpretación de hechos para solucionar los problemas derivados de la investigación clínica.
- Facilitar una información verbal o resumen clínico, previa solicitud, señalando el motivo a la persona, familiar, representante jurídico o autoridad competente (judicial, de procuración justicia, sanitaria o CONAMED).

Los elementos o documentos necesarios en la elaboración, integración y uso del expediente clínico, independientemente de los formatos que cada institución de salud adquiera, deben basarse en la normatividad correspondiente y protegerse con cubierta o carpeta para conservarlos limpios e íntegros, así como facilitar su manejo. Algunos de ellos son:

- Identificación y registro administrativo.
- Hoja frontal de diagnóstico.
- Historia clínica.
- Datos de laboratorio y gabinete.
- Programas de diagnóstico y tratamiento.
- Prescripción médica.
- Evolución:
 - Notas de ingreso.
 - Notas de revisión y actualización.
 - Notas de evolución.

- Notas de intervenciones especiales.
 - Notas de ingreso o alta
- Gráficas.
- Notas de enfermería:
 - Registros clínicos.
 - Preparación de soluciones.
 - Control de líquidos.
 - Atención de la persona en estado crítico.
 - Informe de procedimientos especiales.
- Información de interconsultas.
- Hojas de concentración.
 - Urgencias.
 - Atención al parto.
 - Intervención quirúrgica.
 - Hoja de anestesia.
 - Hojas de procedimientos mayores de diagnóstico y tratamiento.
- Hojas de referencia o traslado.
- Hoja de medicina del trabajo.
- Actividades de medicina preventiva.
- Notas de trabajo social.
- Otros:
 - Nota de estudios anatomopatológicas.
 - Información autopsia.
 - Correlación anatomoclínica.

- Cartas de consentimiento bajo información: son documentos escritos sujetos a requisitos previstos en las disposiciones sanitarias y asignados por la persona o su representante legal, mediante los cuales acepta bajo debida información de riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitación. Los principales estudios que requieren este documento son los relativos a ingreso hospitalario, intervenciones quirúrgicas mayores, procedimientos que necesiten anestesia general, salpingoclasia, vasectomía, trasplantes orgánicos, investigación clínica necropsia, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que extrañen mutilación. Cuando la persona da su consentimiento por escrito debe hacerlo ante testigos.
- Hojas de notificación sobre accidentes, muerte o vigilancia epidemiológica¹⁰.

VALIDACION DE LA INFORMACION

En la recolección de la información la enfermera (o) identifica los recursos de la persona, es decir las capacidades físicas, psicológicas y sociales que son determinantes para las etapas del diagnóstico y planeación. Entre los recursos se pueden mencionar: el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo del estrés entre otros.

Una vez reunida la información la persona tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas” (Alfaro 1998:53).

Para la validación de datos es necesario revalorar a la persona para comparar datos objetivos y subjetivos, consultar a la persona, familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y examen físico.

¹⁰ Rosales Barrera, et al. “Fundamentos de Enfermería” Manual Moderno, 3ª ed. México D.F. 2004 p.p.165-167,238-24

Los objetivos que persigue el registro de la información “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo sanitario, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Iyer 1997:81)

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritario al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamientos de problemas de salud.

Con respecto al registrar los datos, el “saber cómo y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí misma de posibles demandas por mala práctica profesional” (Alfaro 1999:66).

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes:

- Considerar tipo y características de cada formato con su respectivo encabezado, cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- Evitar juicios de valor
- Escribir textualmente lo que la persona expresa (entre comillas)
- Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas
- Redactar congruente, precisa, clara y verazmente la información.
- Anotar con legibilidad y calidad ortográfica cada una de las palabras que integran la información
- Usar terminología científica y abreviaturas aceptadas universalmente.
- Aplicar reglas específicas en cuanto al uso de color de tinta o símbolos para la información o las graficas.
- Tomar medidas para corrección de errores con línea o paréntesis sobre estos, o bien, con notas aclaratorias posteriores
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro
- Escribir toda la información que proporciona al equipo sanitario
- Registrar cuando la persona y su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica¹¹.

¹¹ Ibídem p.p. 46-48

4.1.3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ANTECEDENTES

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Iyer 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades)¹².

1973- La ANA publica los ANA standard of “Practice que incluyen el papel de la enfermera como diagnosticadora”

1980- La ANA publica Nursing: A social policy statement en el que afirma: “la enfermería es el diagnostico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales”.

Aborda el papel del profesional de enfermería en la valoración, diagnostico, planeación, intervención y evaluación en la promoción y mantenimiento de la salud.

1983- En un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como diagnósticos de enfermería un grupo de enfermeras se reunió en 1973 para formar el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses. Este grupo compuesto por teóricas, docentes, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Como resultado del trabajo realizado, la NANDA ha publicado una lista de diagnósticos de enfermería que pueden ser utilizados por todas las profesionales, de esta manera enfermería ha comenzado a conceptualizar los conocimientos y acciones que le son propias.

La NANDA se reúne cada dos años para presentar el trabajo del comité permanente y presentar los nuevos diagnósticos sometidos a consideración.

1986- Los miembros de la NANDA aprueban la taxonomía que consiste en “nueve patrones de respuesta humana” como método para clasificar los diagnósticos con propósitos de estudio de investigación.

1991- La NANDA define el diagnostico de salud

La ANA confirma el trabajo de la NANDA como la taxonomía diagnostica oficial y somete ante la OMS una lista de los diagnósticos de enfermería bajo el título de “condiciones que requieren cuidado de enfermería para su posible inclusión en la revisión de la International Classification of Diseases , la cual no fue aceptada.

¹² Ibídem p.p. 51

1993-El consejo Internacional de Enfermería (CIE) organiza un grupo de trabajo (the International Council of Nursing Practice) para elaborar un documento que incluyan los diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades publicadas en cualquier país.

2000- En México la visita de Gordon origino la formación del comité para el diagnostico enfermero.

La realización de diagnósticos de enfermería exactos exige conocimiento y practica. El proceso de realización de diagnósticos es difícil pues lo que realiza el profesional de enfermería es diagnosticar respuestas humanas. Los seres humanos no son exclusivos ni complejos y cambiantes por lo que los intentos de clasificación de estas respuestas han sido difíciles¹³.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La precisión y la validez de los diagnósticos enfermeros guían la selección de intervenciones que probablemente producirán los efectos deseados del tratamiento y determinan los resultados sensibles a los cuidados enfermeros. Los diagnósticos enfermeros se consideran la clave para el futuro de unos cuidados enfermeros profesionales basados en la evidencia y la forma de satisfacer de manera más efectiva las necesidades de las persona, a la vez que se garantiza su seguridad.

Un diagnostico de enfermero se define como un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (NANDA 2009-2011).

El diagnóstico enfermero se basan en las respuestas de la persona, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual y social. Todas las situaciones que la enfermera (o) puede atender de forma independiente, se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes hacia el tratamiento para su cabal cumplimiento, se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar y debe ser validado por la persona cuando esto sea posible. Además describe problemas de salud de manera lo global a la salud de la persona. Esto supone determinar el funcionamiento de la persona como ser humano integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espiritual. Puesta que la respuesta

¹³ Fundamentos Teóricos de Enfermería. "El Método Enfermero". Unidad 4 p.p.10-11

humana está influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso del diagnóstico enfermero exige que la enfermera (o) vea el cuidado a través de los ojos del paciente.

COMPETENCIAS INTELECTUALES, INTERPERSONALES Y TÉCNICAS.

Con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados enfermero el profesional de enfermería necesita desarrollar competencias diagnosticas.

Competencia intelectual

Las habilidades incluyen tanto los conocimientos de los diagnósticos enfermeros como de los procesos mentales para el uso de ese conocimiento. Las habilidades cognitivas para el análisis, el razonamiento lógico y la aplicación de los estándares son solo tres de los procesos de pensamiento necesarios para la precisión diagnóstica de enfermería.

Competencias interpersonales

La mejor manera de emplear los diagnósticos enfermeros es contar con la colaboración de las personas y las familias. Las enfermeras (os) que asumen que conocen a las personas sin escucharlos no conseguirán la precisión diagnóstica. Aprender estas habilidades es un reto, porque los aspectos de relación interpersonal de enfermería deben ser una parte integral del aprendizaje en el uso de los diagnósticos enfermeros.

Competencias técnicas

Los diagnósticos enfermeros deben estar fundamentados en datos validos, fiables, por lo que es esencial que las enfermeras (os) desarrollen su habilidad para obtener historias de salud y exámenes físicos globales y bien enfocados.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO

- Facilita la comunicación del equipo de cuidados de salud. Estos términos enfermeros junto con la uniformidad de los términos médicos y farmacológicos proporcionaran la continuidad de los cuidados en las unidades de hospitalización y en todos los entornos donde trabajen las enfermeras (Figozki-Downey, 2006).
- Constituyen un lenguaje que une los conceptos enfermeros del proceso con el Registro de Salud Electronicos (SER) y facilita el eventual intercambio de datos acerca de los conceptos del proceso enfermero.

- Son un medio para describir el conocimiento y las habilidades esenciales para la práctica de enfermería (Lunney, 2006).
- Son un método común para capturar información sobre resultados de las personas que ayudara a diseñar y construir un nuevo conocimiento para apoyar la practica basada en la evidencia (Lavin y cols, 2004).
- Constituyen un lenguaje común en el proceso de formación para enseñar la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de enfermería (García y cols; 2006, Gloskey y cols; 2006; Gordon, 2006; Jhonson, 2006).
- Recogen información para avanzar en la ciencia de los cuidados enfermeros.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación de enfermería a los cuidados de la salud de las realizadas por otros profesionales
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que esta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados a la persona¹⁴.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

Diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas interdependientes es de gran importancia debido a la necesidad de saber que problemas pueden ser tratados mediante actividades independientes de enfermería y cuales requieren de la colaboración de otros profesionales. El problema interdependiente es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de

¹⁴ Heather H, et al "Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011". Elsevier Barcelona España 2010 p.p.3-16

salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

La diferencia que existe entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente radica en que ambas son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específica de la enfermería en donde la enfermera (o) tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente, en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, el profesional de enfermería y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento¹⁵.

CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de promoción de la salud.

El diagnóstico enfermero real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad (...) y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) (...)” (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo “describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

El diagnóstico de promoción de la salud, es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud. Pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar.

Componentes de diagnóstico de enfermería

Cada diagnóstico consta de:

1. Etiqueta Diagnóstica: proporciona un nombre para el diagnóstico. Es un término conciso o frase que representa un patrón con claves relacionadas.
2. Definición: ofrece más descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.

¹⁵ Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar México D.F. p.p.55-56

3. Características Definitorias: son los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema del paciente.
4. Factores de riesgo: son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.
5. Factores relacionados: son los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree son la causa de la respuesta humana o problema identificado en el paciente o que contribuya a ella¹⁶.

CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNOSTICO ENFERMERO

La construcción del diagnostico enfermero considera tres partes (Iyer y Tapich 1995; Alfaro1993).

- A. Respuesta humana → Problema
- B. Factor relacionado → Etiología o Causa
- C. Características definitorias → Signos y Síntomas
Manifestaciones Clínicas

En el caso del diagnostico enfermero real “se realiza un formato en tres partes: problema + factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos (Luis 1998:7).

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología) y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias, sintomatología), son evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con el concepto RELACIONADO CON y estos se reúnen con las características definitorias mediante el conector MANIFESTADO POR.

Para estructura un diagnostico de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) para la formulación del diagnostico de riesgo se antepone al nombre de la categoría diagnostica el conector: RIESGO DE.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen el conector. “POTENCIAL DE (...) O POTENCIAL DE MEJORA (...).

¹⁶ Ibídem

PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Para realizar un diagnostico de enfermería la enfermera utiliza el razonamiento diagnostico que es “la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (...) (Alfaro 1999:88). La enfermera(o) durante el razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnostico son:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos, subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
2. Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo con las características definitorias de las categorías diagnosticas.
4. Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
5. Determinar si la enfermera (o) tiene la autoridad para hacer el diagnostico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnostico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
6. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes)
7. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Una vez realizado el razonamiento diagnostico, el diagnostico enfermero y problemas interdependientes se procede a la validación que consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, la enfermera(o), debe consultar a la persona para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Por último una vez validado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes pueden escribirse en las hojas de notas de enfermería y en los planes de cuidados.

A la hora de estructurar un diagnostico enfermero se debe evitar:

- a) Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica
- b) Identificar dos problemas al mismo tiempo

- c) Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente
- d) Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de “los valores personales y normas del profesional de enfermería” (Iyer 1997:40) y no de datos objetivos y subjetivos.
- e) Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero
- f) Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tengan igual significado
- g) Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera (o) puede solucionar o modificar en forma independiente.
- h) Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.

El uso de los diagnósticos enfermeros es clave para el futuro de los diagnósticos enfermeros profesionales basados en las evidencias. Por consiguiente, es preciso que se conviertan en una prioridad a fin de hacer visible la práctica de enfermería, lo que es vital para el futuro de nuestra profesión y nos permitirán satisfacer las necesidades de los pacientes de manera más eficiente¹⁷.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA APROBADOS POR LA NANDA

Los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras (os) pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

Esta taxonomía debe ser considerada como un listado de diagnósticos abierto a nuevas inclusiones e innovaciones. La inclusión de nuevos diagnósticos en dicha taxonomía se realiza en base a unos criterios establecidos por la NANDA que implican seguir todo un complejo proceso de validación. Así pues, se puede afirmar que es muy probable que en un futuro próximo aparezcan nuevos diagnósticos que las enfermeras (os) identifiquen como tales y que sean validados y posteriormente incluidos en la taxonomía por la NANDA.

En la edición Diagnósticos enfermeros de NANDA-I Definiciones y clasificación 2009-2011 se exponen 206 diagnósticos, los cuales están agrupados en once patrones de respuesta humana:

1. Patrón de manejo-percepción de la salud
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón de eliminación

¹⁷ Ibidem p.p. 51-72

4. Patrón de actividad-ejercicio
5. Patrón de reposo-sueño
6. Patrón cognitivo-perceptual
7. Patrón de autopercepción- autoconcepto
8. Patrón de rol-relaciones
9. Patrón de sexualidad-reproducción
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés
11. Patrón de valores creencias

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA-I 2009-2011

Dominio 1

Promoción de la salud

- Descuido personal
- Disposición para mejorar el estado de inmunización
- Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
- Gestión ineficaz de la propia salud
- Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar
- Deterioro del mantenimiento del hogar
- Mantenimiento ineficaz de la salud
- Disposición para mejorar la nutrición

Dominio 2

Nutrición

- Deterioro de la deglución
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- Desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades
- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Riesgo de deterioro de la función hepática
- Ictericia neonatal
- Riesgo de nivel de glucemia inestable
- Riesgo de desequilibrio electrolítico
- Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos
- Déficit de volumen de líquidos

- Exceso de volumen de líquidos
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Dominio 3

Eliminación e intercambio

- Deterioro de la eliminación urinaria
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria por rebosamiento
- Incontinencia urinaria refleja
- Retención urinaria
- Diarrea
- Estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Riesgo de estreñimiento
- Incontinencia fecal
- Motilidad gastrointestinal disfuncional
- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
- Deterioro del intercambio de gases

Dominio 4

Actividad / reposo

- Deprivación de sueño
- Insomnio
- Trastorno del patrón de sueño
- Disposición para mejorar el sueño
- Déficit de actividades recreativas
- Deterioro de la ambulación
- Deterioro de la habilidad para la traslación
- Deterioro de la movilidad en la cama
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
- Deterioro de la movilidad física
- Retraso de la recuperación quirúrgica
- Sedentarismo
- Riesgo de síndrome de desuso

- Perturbación del campo de energía
- Fatiga
- Disminución del gasto cardiaco
- Intolerancia a la actividad
- Riesgo de intolerancia a la actividad
- Patrón respiratorio ineficaz
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz
- Riesgo de perfusión renal ineficaz
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- Riesgo de sangrado
- Riesgo de shock
- Deterioro de la ventilación espontanea
- Disposición para mejorar el autocuidado
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de autocuidado: baño
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro
- Déficit de autocuidado: vestido

Dominio 5

Percepción / cognición

- Desatención unilateral
- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- Vagabundeo
- Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva cenéstica, gustativa, táctil, olfatoria)
- Confusión aguda
- Riesgo de confusión aguda
- Confusión crónica
- Conocimientos deficientes
- Disposición para mejorar los conocimientos
- Deterioro de la memoria
- Planificación ineficaz de las actividades
- Disposición para mejorar la toma de decisiones
- Deterioro de la comunicación verbal
- Disposición para mejorar la comunicación

Dominio 6

Autopercepción

- Disposición para mejorar el autoconcepto
- Desesperanza
- Riesgo de compromiso de la dignidad humana
- Trastorno de la identidad personal
- Impotencia
- Riesgo de impotencia
- Disposición para mejora el poder
- Riesgo de soledad
- Baja autoestima crónica
- Baja autoestima situacional
- Riesgo de baja autoestima situacional
- Trastorno de la imagen corporal

Dominio 7

Rol / relaciones

- Cansancio del rol de cuidador
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- Deterioro parental
- Disposición para mejorar el rol parental
- Riesgo de deterioro parental
- Procesos familiares disfuncionales
- Disposición para mejorar los procesos familiares
- Interrupción de los procesos familiares
- Riesgo de deterioro de la vinculación
- Conflicto del rol parental
- Desempeño ineficaz del rol
- Deterioro de la interacción social
- Lactancia materna eficaz
- Lactancia materna ineficaz
- Interrupción de la lactancia materna
- Disposición para mejorar las relaciones

Dominio 8

Sexualidad

- Disfunción sexual
- Patrón sexual ineficaz

- Riesgo de alteración de la diada materno/fetal
- Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Dominio 9

Afrontamiento / tolerancia al estrés

- Síndrome de estrés del traslado
- Riesgo de síndrome de estrés del traslado
- Síndrome postraumático
- Riesgo de síndrome postraumático
- Síndrome traumático de la violación
- Aflicción crónica
- Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
- Afrontamiento defensivo
- Disposición para mejorar el afrontamiento
- Afrontamiento familiar comprometido
- Afrontamiento familiar incapacitante
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
- Afrontamiento ineficaz
- Afrontamiento ineficaz de la comunidad
- Ansiedad
- Ansiedad ante la muerte
- Deterioro de la capacidad de recuperación personal
- Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal
- Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Duelo
- Duelo complicado
- Riesgo de duelo complicado
- Estrés por sobrecarga
- Negación ineficaz
- Temor
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
- Conducta desorganizada del lactante
- Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante
- Riesgo de conducta desorganizada del lactante
- Disreflexia autónoma
- Riesgo de disreflexia autónoma

Dominio 10

Principios vitales

- Disposición para mejorar la esperanza
- Disposición para mejorar el bienestar espiritual
- Conflicto de decisiones
- Incumplimiento
- Sufrimiento moral
- Deterioro de la religiosidad
- Disposición para mejorar la religiosidad
- Riesgo de deterioro de la religiosidad
- Sufrimiento espiritual
- Riesgo de sufrimiento espiritual

Dominio 11

Seguridad / protección

- Riesgo de infección
- Riesgo de asfixia
- Riesgo de aspiración
- Riesgo de caídas
- Deterioro de la dentición
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de lesión
- Riesgo de lesión postural perioperatoria
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro de la mucosa oral
- Protección ineficaz
- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
- Riesgo de traumatismo
- Riesgo de traumatismo vascular
- Automutilación
- Riesgo de automutilación
- Riesgo de suicidio
- Riesgo de violencia autodirigida
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Contaminación

- Riesgo de contaminación
- Riesgo de intoxicación
- Respuesta alérgica al látex
- Riesgo de respuesta alérgica al látex
- Hipertermia
- Hipotermia
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
- Termorregulación ineficaz

Dominio 12

Confort

- Disposición para mejorar el confort
- Disconfort
- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Nauseas
- Aislamiento social

Dominio 13

Crecimiento / desarrollo

- Riesgo de crecimiento desproporcionado
- Retraso en el crecimiento y desarrollo
- Riesgo de retraso en el desarrollo
- Deterioro generalizado del adulto¹⁸

4.1.3.3. PLANEACION

Es la tercera etapa del proceso enfermero “consiste en diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del paciente y que se han identificado durante el diagnóstico (Iyer).

Etapas de la planeación

Los pasos para realizar la planeación son:

1. Establecer prioridades

¹⁸ Heather H, et al. “Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011” Elsevier Barcelona España 2010 p.p.53-358

2. Elaboración de objetivos y criterios de resultados
3. Determinar acciones de de enfermería
4. Documentar el plan de cuidados

Determinar prioridades

Es indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas porque representan una amenaza para la vida de la persona. Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

1. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata?
2. ¿Que problemas son responsabilidad de enfermería y cuales debe referir a otros profesionales de la salud?
3. ¿Qué problemas puede tratar aplicando los planes de cuidados estándares?
4. ¿Que problemas no están cubiertos por los planes de cuidados estándares pero deben tratarse para garantizar la seguridad durante su estancia en el hospital?

Se realiza en tres etapas.

- I. Estructurar una lista de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes
- II. Decidir lo más importante
- III. Determinar el orden (jerarquizar)

Elaboración de objetivos

A través de los objetivos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. Son afirmaciones generales sobre los cambios esperados o deseados en el nivel de salud, estos se derivan del diagnostico de enfermería y es un factor fundamental de la fase de planeación.

Principales propósitos de los objetivos:

- 1) Son los instrumentos de medición del plan de cuidados. Mide el éxito de un plan determinado si se alcanzaran o no los resultados esperados.
- 2) Dirigen las intervenciones. Es necesario saber que se requiere conseguir antes de decidir cómo conseguirlo.
- 3) Son factores de motivación. Tener un marco temporal específico para conseguir las cosas, pone a todos en movimiento.

Redacción de los objetivos

1. Determinar objetivos centrados en la persona
2. Los objetivos se obtienen de los diagnósticos de enfermería. En el diagnóstico se identifica el problema que la persona tiene, el resultado será que no tenga (o por lo menos que se reduzca o, limite).
3. Formular objetivos claros y específicos: para que un objetivo sea claro debe tener los siguientes componentes:
 - a) Sujeto. ¿Quién es la persona que se espera alcance el objetivo?
 - b) Verbo. ¿Que acciones debe llevar a cabo esa persona para el logro del objetivo?
 - c) Condición. ¿Bajo qué circunstancias va a realizar las acciones esa persona? Es el elemento en el cual se va a llevar a cabo (físico o material)
 - d) Criterio de realización. ¿En qué grado va a realizar la acción? Mínimo de eficiencia que se espera
 - e) Momento específico. ¿Cuándo se espera que se realice?
4. Elegir verbos mensurables; a través de ellos se describen la actuación o conducta de la persona y que el profesional de enfermería espera que ocurra cuando logre el objetivo. Conducta que debe ser validada mediante los sentidos
5. Establecimiento de objetivos en tiempo:
Largo plazo: más de una semana a meses
Mediano plazo: de cuatro a siete días
Corto plazo: en cuestión de horas o días, son adecuados para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia¹⁹.
6. Haber involucrado a la persona y su familia para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además de la persona y familia.
7. Ser realistas es decir que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales de la persona para que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor de acuerdo a las características del problema de salud²⁰.

¹⁹ Fundamentos Teóricos de Enfermería. "El Método Enfermero". Unidad 4 p.p.23-29

²⁰ Rodríguez Sánchez B.A. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar México D.F. Editorial p.p.79-81

Determinación de acciones de enfermería

“Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas, diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” (Iyer 1997:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo de problemas de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico para analizar la situación-problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas²¹.

Tipos de intervenciones de Enfermería

Existen tres categorías:

- Independientes: actividades que se encuentran en el campo de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, por lo tanto no requieren de prescripción médica.
- Interdependientes: actividades llevadas a cabo por enfermería en cooperación con otros miembros del equipo de salud
- Dependientes: son actividades que requieren indicación médica por escrito.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Lyer (1989), las que siguen:

- Ser coherentes con el plan de cuidados
- Estarán basadas en principios científicos
- Serán individualizados para cada situación en concreto
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico
- Van acompañados de un componente enseñanza-aprendizaje
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados

Desde un punto de vista funcional el profesional de enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir la enfermedad
- Restablecer la salud
- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados orgánicos

²¹ Ibídem p.p.82

El éxito de las intervenciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema, diagnósticos posibles²².

Documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados contienen: el problema de salud encontrados (diagnostico enfermero), objetivos (s), acciones de enfermería y evaluación.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

- Individualizados: cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnostico enfermero, problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- Estandarizados: consiste en un plan de cuidados a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario
- Computarizado: surge de “planes creados por un ordenador” (Iyer 1997:210) que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características del plan de cuidados

- Individualidad: cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/ riesgos específicos.
- Participación: de la persona, familia y comunidad en su elaboración
- Actualización: con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica.
- Fundamentación científica: de cada intervención de enfermería con fines didácticos
- Fuente de comunicación: entre los profesionales de la enfermería²³

²² “El Proceso de Atención de Enfermería” (sitio de Internet) Disponible en:

<http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14p.p.20-21

²³ Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar México D.F. p.p.85-86

Finalidad del plan de cuidados

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan
- Facilitar la continuidad de los cuidados
- Evitar la repetición de datos
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados para los cuidados de enfermería
- Permite evaluar la atención de enfermería
- Facilitar datos a la investigación y a la educación
- Posibilitar el cálculo de coste-beneficio del servicio hospitalario²⁴.

4.1.3.4. EJECUCION

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se ha elaborado los planes de cuidados y "... y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermera que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados" (Iyer 1997:224). Se ejecutan las intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona.

La ejecución también denominada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

Etapas de la ejecución:

- Preparación
- Intervención
- Documentación

Preparación

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

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean "compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria"(Iyer 1997:225) haciéndose necesaria la revaloración

²⁴ "El Proceso de Atención de Enfermería" (sitio de Internet) Disponible en: <http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14p.p.24

2. Analizar y asegurarse de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta, y evaluación correcta” (Alfaro 1990:160).

Intervención

Consiste en llevar a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas que incluyen; la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos (...) (Iyer 1998:231); la educación del usuario, familia y comunidad, y la “comunicación con otros miembros del equipo sanitario” (Iyer 1998:231). Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y de la persona durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia así como respetar su dignidad y favorecer su estima.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración de la persona, familia y comunidad para estar seguro de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico por consiguiente el término RUTINA es inadecuada, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención “la enfermera es responsable de los resultados emocionales (...) como de los resultados físicos” (Alfaro 1999:164) por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones (...) observando atentamente la respuesta” (Alfaro 1999:163) del usuario y familia.

Para la ejecución de las intervenciones de enfermería es necesario que el profesional de enfermería posea aptitudes cognitivas (conocimiento científico, razonamiento crítico y pensamiento creativo) aptitudes interpersonales (la comunicación con otras personas; verbal o no verbal) esenciales para una actuación eficaz. Aptitudes técnicas (manipulación del equipo o técnicas específicas).

Niveles de asistencia

Totalmente compensatorio: cuidados totales

+ Paciente inconsciente o incapaz de autocuidarse

+ La enfermera (o) mantiene las funciones orgánicas y atiende las demandas de la persona hasta que mejore para participar

+La estrategia de la enfermería se centra en el mantenimiento de la vida y de su calidad de vida

Parcialmente compensatorio: cuidados de ayuda

+ La persona es capaz de atender algunas de sus necesidades pero requiere de ayuda en otros aspectos

Apoyo educativo: cuidados de apoyo (educación)

+ Algunas personas son físicamente capaces de atender por sí mismas su autocuidado

+ La persona requiere de asesoría y motivación por parte de enfermería

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente de la persona y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración de la persona, cuidado proporcionado y las respuestas del usuario/familia; ser “base para la evaluación, legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y servir para estimar el pago de los servicios prestados” (Alfaro 1999:166).

Cada registro debe reunir ciertas características universales son: fecha y hora; datos de valoración; intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre; firma de la enfermera (o). Así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

4.1.3.5. EVALUACION

Es la última etapa del proceso enfermero que mide la respuesta de la persona a las actuaciones de enfermería, y el progreso hacia el logro de los objetivos, y

permite retroalimentar la planeado, como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en cada una de sus fases.

Valorando la repuesta de una persona y comparándola con una conducta afirmada en un resultado esperado, se determina si la persona ha progresado y si las estrategias de enfermería son eficaces.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

1. ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
2. ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
3. ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertado?
4. ¿Las acciones de enfermería realizadas permiten el logro de los objetivos?
5. ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

La evaluación en el proceso de enfermería es útil para “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables (...) que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)” (Alfaro 1999:182), por consiguiente es necesario la valoración de la persona, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de los objetivos²⁵.

La evaluación de los objetivos determina si se ha logrado el propósito. Cuando se establece un plan de cuidados se identifican los objetivos, las conductas o respuestas específicas de la persona, que revelaran la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento de un estado de salud; este deberá tener un determinado tiempo para ser evaluado y valorar si se ha logrado el objetivo, se ha tenido el logro parcial o que en definitiva no se logro el objetivo.

Una vez que se han logrado los objetivos se realizaran los ajustes necesarios al plan de cuidados de enfermería.

Si se logro el objetivo; suspender las estrategias de enfermería del plan de cuidados. Los objetivos parcialmente alcanzados y los no logrados; reactivar la secuencia del método enfermero.

Después de la reevaluación deben modificarse o añadirse los diagnósticos de enfermería, objetivos, resultados esperados y las estrategias de enfermería.

²⁵ Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar Aguirre Cámara México D.F. p.p.93-

Con la revisión del plan de cuidados se establecen de nuevo las prioridades reactivando el método enfermero, en este momento la evaluación vuelve a iniciar para revisar los progresos de la persona.

Si la persona ha alcanzado los objetivos, no presenta nuevos problemas ni factores de riesgo y muestra capacidades para el autocuidado se procederá a finalizar el plan de cuidados si la persona y la familia están de acuerdo.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemático y continuo, ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma (...)” (Ieddy 1989: 266) de la enfermería y requiere de la interrelación con la persona y su familia.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudan al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que estos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería²⁶.

4.2 MODELO CONCEPTUAL

Un modelo conceptual es una hipótesis sobre la organización de la realidad, una ilustración simbólica del ejercicio de la acción profesional de un campo dado.

Se define como la “manera concreta de trabajo con una realidad compleja presentada esquemáticamente con el fin de considerarla globalmente, y de captar las relaciones entre sus elementos intrínsecos y sus relaciones con el exterior”.

El modelo conceptual en cuidados enfermeros constituye un elemento fundamental de la planificación de los cuidados. Es un concepto de fase de transición entre el pensamiento filosófico que sirve de base a la prestación de cuidados y las acciones que realiza el profesional de enfermería todos los días. Trata de descripciones teóricas, de una imagen abstracta de lo que es la persona cuidada y de lo que ella vive por tanto exige un gran número de modelos en cuidados enfermeros.

Ventajas de la utilización de un modelo conceptual:

- Delimitar de manera más clara el campo de actuación de enfermería

²⁶ Fundamentos Teóricos de Enfermería. “El Método Enfermero”. Unidad 4 p.p.45-52

- Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo, es decir de manera que todas las enfermeras (os) que forman parte del tiendan hacia un mismo fin: la satisfacción óptima de las necesidades de la persona.
- Hacer más personales y humanas los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona
- Utilización de un lenguaje común
- Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario
- Revalorizar el rol autónomo del profesional de enfermería

Esto permite la atención óptima de la persona cuidada y después de la organización del trabajo y de la identidad profesional de la enfermera (o) que asume la responsabilidad de los cuidados de la persona. Son útiles en la observación e interpretación de sus dificultades, además de que guían las intervenciones de cuidados al servicio de la enfermera (o).

Sin embargo los modelos son marcos teóricos que deben ser constantemente adaptados a la realidad, es decir verificados en la acción y modificado en consecuencia que sirven como punto de partida para la reflexión en el cuidado.

No obstante la adopción de un modelo formalmente reconocido asegura una mejor cohesión del equipo de cuidado, es evidente que la aplicación de un modelo conceptual en enfermería “compromete al gremio a desarrollar su trabajo con profesionalismo”²⁷

4.3 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ANTECEDENTES

Virginia Henderson enfermera norteamericana mundialmente conocida. Nació en 1897, su interés por enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Ingreso en la Army School of Nursing de Washington donde se graduó en 1921. Inicio su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería.

En 1926 fue galardonada con el BS y el grado de Maestra en Artes con especialización en Docencia en Enfermería por el Teachers College, de la

²⁷ Plarngut P. “La planificación de los cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado.” Interamericana. México 1999 p.p. 8-22

Universidad de Columbia, Nueva York. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica en el periodo de 1930-1948.

Trabajo en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras (os) y su situación jurídica. Fue influida por su educación y practica de enfermería, sus estudiantes y colaboradoras, y por líderes de enfermería de su tiempo entre las que se encuentran: la fisióloga Staggpole y otras del psicólogo E.L. Thorndike (Kerouac,1994, p.28). Probablemente haya que incluir también a Bertha Harmer enfermera canadiense cuya obra reviso y completo en 1955, así como a Ida Orlando, otra enfermera conocida por sus escritos y sus investigaciones sobre las relaciones interpersonales. Es posible que también haya influido en ella Maslow, quien igualmente ha definido una pirámide de necesidades. Una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera (o) de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.

Otros tipos de influencia fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street Settlement de Nueva York.

Una de sus contribuciones más importantes es sin duda la redacción de un índice de los estudios de investigación y de todos los elementos históricos relacionados con los cuidados enfermeros de 1990 a 1959 su modelo conceptual, ampliamente utilizado, se basa en las necesidades humanas.

En 1955, Henderson publico su Definición de Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principales and Practice of Nursing*.

1. Como resultado de su trabajo en este libro, Henderson sintió la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime.
2. Su participación como miembro en el comité en una conferencia regional del National Nursing Council también contribuyo a su necesidad de definir la enfermería
3. También se sintió motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de 1955 aportada por la American Nurses Association

En 1966, Henderson perfiló su Definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*

1. Desarrollo su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología, y física.
2. Reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera-paciente.

Se dio a conocer en México en los años 60, al revisar el libro de Bertha Harmer, que se publicó en español con el nombre *Tratado de Enfermería Teórica y Práctica* y que sirvió del libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería. El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas en el grupo de la enfermería humanística y que considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia, defendió la necesidad de una mejor formación de la enfermera (o) en la que se conjuguen las habilidades intelectuales y técnicas. Ha influido en múltiples esferas debido a la utilización del proceso de cuidados según un modelo conceptual que ella misma elaboró a causa de su voluntad de desarrollar los cuidados enfermeros a partir de bases científicas y de enriquecerlos con principios interpersonales. Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería.

Principales parámetros de este modelo.

En la base de este modelo se hallan algunos postulados que constituyen sus principales parámetros. Se agrupan en torno a los conceptos siguientes:

- En algunos casos; la persona tiene necesidad de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser biopsicosocial y espiritual
- La persona sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona debe tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios para vivir saludablemente.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive
- La salud depende, en gran parte de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- Los cuidados enfermeros se prodigan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados
- Los cuidados enfermeros se sitúan dentro un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados

- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

4.3.1. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS CUATRO CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA

Se define como: "Organización conceptual de los cuidados enfermeros basado en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con referencia al desarrollo óptimo de su independencia".

A. Persona

1. Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad
2. Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente
3. Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales
4. Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia
5. Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia
6. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

B. Entorno

1. Henderson no lo define explícitamente
2. Implica la relación que uno comparte con su familia y comunidad
3. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera
4. Puede ser controlada por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad
5. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona

C. Salud

1. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas

2. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano
3. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento

D. Enfermería

1. Henderson la define “La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades específicas que contribuyen a la salud o a su recuperación o una muerte serena, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.
2. Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila
3. Requiere trabajar de forma independiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera (o) son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar un cuidado holístico al paciente
4. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965
5. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas
6. Ayuda a la persona a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (forma una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)
7. Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado
8. Implica la utilización de un plan de cuidado enfermero por escrito²⁸ ²⁹.

²⁸ Ruby L, et al “Teorías y Modelos de Enfermería” 2ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F. 1997 p.p. 24-27

²⁹ Plagnut P. “La planificación de los cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado.” Interamericana. México 1999 p.p. 10-11

4.3.2. LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

Henderson conceptualiza que cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física, psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero que proporcionan un enfoque holístico en el cuidado. La enfermera ayuda a la persona a satisfacer estas necesidades

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e Hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena Postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacción de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para valorar el estado del individuo³⁰.

³⁰ Fernandez Ferrín C. et al "El Proceso Atención de Enfermería". Estudio de casos. 1ª ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Tiassan Salvat. 1998 p.p. 5

4.4 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

4.4.1.Órganos genitales externos

Triangulo urogenital femenino

El triangulo urogenital femenino está formado por los genitales externos femeninos, los músculos del periné y el conducto anal.

Los genitales externos femeninos comprenden el monte de pubis, los labios mayores,(que encierran la hendidura vulvar), los labios menores (que encierran el vestíbulo de la vagina), el clítoris, los bulbos del vestíbulo y las glándulas vestibulares mayores y menores. El termino vulva comprende todas estas partes. La vulva actúa como:

- Tejido sensitivo y eréctil en la excitación sexual y el coito
- Dirige el flujo de la orina
- Evita la entrada de material extraño en el tracto urogenital

Monte del pubis

El monte del pubis, o monte de Venus, es la eminencia adiposa redondeada anterior a la sínfisis del pubis, tubérculos y ramas superiores de ambos del pubis. La eminencia formada por una masa de tejido adiposo subcutáneo. La cantidad de grasa del monte aumenta en la pubertad y disminuye tras la menopausia. La superficie del monte del pubis se continúa con la pared anterior del abdomen. Tras la pubertad, el monte del pubis se cubre con un grueso vello púbico.

Labios mayores

Los labios mayores son pliegues cutáneos prominentes que proporcionan, indirectamente, protección al clítoris y a los orificios externo de la uretra y vaginal. Cada labio mayor, lleno casi por completo de un “proceso digitiforme” de tejido conectivo laxo que contiene musculo liso y la terminación del ligamento redondo del útero, discurre, inferoposteriormente desde el monte de pubis hacia el ano. Los labios mayores se sitúan a los lados de una depresión central (una delgada ranura cuando los muslos están en aducción), la hendidura vulvar, dentro del cual se encuentran los labios menores y el vestíbulo. En la mujer adulta, las caras externas de los labios están cubiertas de piel pigmentada, que contiene muchas glándulas sebáceas, y vello púbico rizado. Las caras internas de los labios son lisas, rosadas y sin vello. Los labios mayores son más gruesos anteriormente, donde se unen para formar la comisura anterior. Posteriormente en las mujeres

nulíparas se fusionan y constituyen una cresta, la comisura posterior, que se encuentra sobre el cuerpo perineal y constituye el límite posterior de la vulva.

Labios menores

Los labios menores son pliegues cutáneos redondeados que carecen de grasa y vello. Los labios menores están incluidos en la hendidura vulvar por los labios mayores, y rodean y cierran el vestíbulo de la vagina, en el cual se abren los orificios vaginal y externo de la uretra. Presentan un núcleo central de tejido conectivo esponjoso que contiene tejido eréctil en la base y muchos pequeños vasos sanguíneos. Anteriormente, los labios menores forman dos laminas: las laminas mediales se unen como frenillo del clítoris, y las laminas laterales se unen anteriores al glande del clítoris (o a menudo anteriores e inferiores, con lo cual se solapan y lo ocultan) para formar el prepucio del clítoris. Aunque la cara interna de cada labio menor es piel delgada y húmeda, presenta el típico color rosado de una mucosa y contiene muchas terminaciones nerviosas sensitivas.

Clítoris

El clítoris es un órgano eréctil localizado en el punto en que los labios menores se unen anteriormente, consta de una raíz y un cuerpo pequeño y cilíndrico, formados por dos pilares, dos cuerpos cavernosos y el glande. Los pilares se fijan a las ramas inferiores del pubis y a la membrana perianal, profundos a los labios. El cuerpo está cubierto por el prepucio del clítoris. En conjunto, el cuerpo y el glande tienen aproximadamente 2cm de largo y menos de 1cm de diámetro.

A diferencia del pene, el clítoris no está relacionado funcionalmente con la uretra ni con la micción. Es muy sensible y aumenta de tamaño con la estimulación táctil. El glande es la parte más inervada y posee numerosas terminaciones nerviosas.

Vestíbulo de la vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio rodeado por los labios menores, que contienen las desembocaduras de la uretra, la vagina y los conductos de las glándulas vestibulares mayores y menores. El orificio externo de la uretra se localiza 2-3cm posteroinferior al glande del clítoris y anterior al orificio vaginal. A cada lado del orificio externo de la uretra se encuentran las aberturas de los conductos de las glándulas parauretrales. Las aberturas de los conductos de las glándulas vestibulares mayores se localizan en las caras superiores y mediales de los labios menores.

El tamaño y el aspecto del orificio vaginal varían según el estado del himen, un pliegue anular delgado de mucosa en el orificio vaginal que rodea y ocluye parcial o totalmente la luz. Tras su rotura, solo son visibles sus restos, o carúnculas

himenales. Estos restos separan la vagina del vestíbulo. El himen carece de una función fisiológica conocida. Se considera básicamente un vestigio evolutivo, pero su estado (y el del frenillo de los labios menores) suele proporcionar pruebas decisivas en casos de abusos sexuales infantiles y violaciones.

Bulbos del vestíbulo

Los bulbos del vestíbulo son masas pares de tejido eréctil alargado, de aproximadamente 3cm de largo que se sitúan a los lados del orificio vaginal, superiores o profundos a los labios menores inmediatamente inferiores a la membrana perianal. Están cubiertos inferior y lateralmente por los músculos bulboesponjosos, que se extienden por toda su longitud. Los bulbos son los homologos del bulbo del pene.

Glandulas vestibulares

Las glándulas vestibulares mayores (glándulas de Bartholino), con un diámetro aproximado de 0.5cm, se localizan en el espacio perineal superficial, a cada lado del vestíbulo; posterolaterales al orificio vaginal e inferiores a la membrana perineal por lo que se encuentran en el espacio perineal superficial. Estas glándulas son redondeadas u ovals, y en parte están cubiertas posteriormente por los bulbos del vestíbulo; como los bulbos, las glándulas están parcialmente rodeadas por los músculos bulboesponjosos. Los finos conductos de estas glándulas pasan profundos a los bulbos y desembocan en el vestíbulo de la vagina a cada del orificio vaginal. Estas glándulas secretan moco en el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual.

Las glándulas vestibulares menores son glándulas más pequeñas, a cada lado del vestíbulo de la vagina, que desembocan en este, entre los orificios externo de la uretra y vaginal. Estas glándulas secretan moco en el vestíbulo de la vagina, que humedece los labios y vestíbulo de la vagina.

Vascularización de la vulva

La abundante irrigación arterial para la vulva procede de las arterias pudendas externas e internas. La arteria pudenda interna irriga la mayor parte de la piel, los genitales externos y los músculos del periné. Las arterias labiales son ramas de la arteria pudenda interna, al igual que las del clítoris.

Las venas labiales son tributarias de las venas pudendas internas y venas satélites de la arteria pudenda interna. La ingurgitación venosa durante la fase de excitación de la respuesta sexual produce un aumento del tamaño y de la consistencia del clítoris y de los bulbos del vestíbulo.

Inervación de la vulva

La cara anterior de la vulva (monte del pubis, labios anteriores) esta inervada por nervios procedentes del plexo lumbar: los nervios labiales anteriores, que derivan del nervio ilioinguinal, y el ramo genital del nervio genitofemoral.

La cara posterior de la vulva esta inervada por nervios que proceden del plexo sacro: el ramo perineal del nervio cutáneo posterior femoral, lateralmente, y el nervio pudendo, centralmente. Este último es el nervio principal del periné. Los nervios labiales posteriores (ramos terminales superficiales del nervio perineal) inervan los labios; ramos profundos y musculares del nervio perineal inervan el orificio vaginal y los músculos superficiales del periné y recoge la sensibilidad del clítoris.

El bulbo del vestíbulo y los cuerpos eréctiles del clítoris reciben fibras parasimpáticas a través de nervios cavernosos del plexo uterovaginal. La estimulación parasimpática produce un aumento de la secreción vaginal, la erección del clítoris y la ingurgitación del tejido eréctil en los bulbos del vestíbulo.

Periné

El periné hace referencia a un compartimento superficial del organismo (compartimento perineal) limitado por la abertura inferior de la pelvis y separado de la cavidad pélvica por la fascia que cubre la cara inferior del diagrama pélvico, formado por los músculos elevador del ano y coccígeo. En la posición anatómica, la superficie (región perineal) es la región estrecha entre las porciones proximales de los muslos. Sin embargo, cuando los miembros inferiores están en abducción, el periné es un área romboidal que se extiende desde el monte del pubis anteriormente, las caras mediales (internas) de los muslos lateralmente, y los pliegues glúteos y el extremo superior de la hendidura interglútea posteriormente.

Una línea transversal que une los extremos anteriores de las tuberosidades isquiáticas divide al perine romboidal en dos triángulos, cuyos planos se cruzan en la línea transversal

El triangulo anal se sitúa posterior a esta línea y sus principales estructuras profundas y superficiales son el conducto anal y su orificio, el ano, situadas centralmente y rodeadas por grasa isquioanal. El triangulo urogenital, es anterior a dicha línea. A diferencia del triangulo anal, que es abierto, el triangulo urogenital esta “cerrado” por la membrana perineal, una delgada lamina de fuerte fascia profunda que se tensa entre los lados derecho e izquierdo del arco del pubis, cubriendo la porción anterior de la abertura inferior de la pelvis. El cuerpo perineal se sitúa profundo a la piel, cubierto por una capa relativamente delgada de tejido

subcutáneo, posterior al vestíbulo de la vagina y anterior al ano y el conducto anal. El cuerpo perineal es el lugar donde convergen y se entrelazan fibras de varios músculos:

- Bulboesponjoso
- Esfínter externo del ano
- Músculos perineales transversos superficiales y profundos
- Haces de músculo liso y voluntario desde el esfínter externo de la uretra, el elevador del ano y las capas musculares del recto

Anteriormente, el cuerpo perineal se fusiona con el borde posterior de la membrana perineal, y superiormente con el tabique rectovaginal. Además de sus funciones esfinterianas en los esfínteres anal y uretral externos para mantener la continencia fecal y urinaria, los músculos perineales de la mujer también pueden sostener el cuerpo perineal (que a su vez sostiene el diafragma de la pelvis). Los músculos perineales están inervados por ramos musculares del nervio pudendo.

En la mujer el espacio perineal superficial contiene:

- El clítoris y los músculos asociados (isquiocavernosos)
- Los bulbos del vestíbulo y el musculo circundante (bulboesponjoso)
- Las glándulas vestibulares mayores
- Los músculos transversos superficiales del periné

El espacio perineal profundo contiene:

- La porción proximal de la uretra
- Una masa de músculo liso en lugar de los músculos transversos profundos del periné en el borde posterior de la membrana perineal, asociada al cuerpo perineal.
- El paquete vasculonervioso dorsal del clítoris

Aprender a controlar los musculos perineales mediante ejercicios regulares (Kegel) puede disminuir el riesgo de laceración obstétrica de los músculos perineales y del consiguiente prolapso de las vísceras pélvicas.

4.4.2. Órganos genitales internos femeninos

Los órganos genitales internos femeninos comprenden los ovarios, las trompas uterinas, el útero y la vagina.

Ovarios

Los ovarios son las gónadas femeninas, con forma y tamaño de almendra, donde se desarrolla los ovocitos (gametos o células germinales femeninas). Son también glándulas endocrinas que producen hormonas reproductoras. Cada ovario está suspendido de un corto pliegue peritoneal o mesenterio, el mesovario que es una subdivisión de un mesenterio más grande del útero, el ligamento ancho.

En las mujeres prepúberes, la capsula de tejido conectivo (túnica albugínea del ovario) que forma la superficie del ovario está cubierta por una capa lisa de mesotelio ovárico o epitelio de superficie (germinal), una monocapa de células cubicas que confiere a la superficie un aspecto mate y grisáceo, que contrasta con la superficie brillante del mesoovario peritoneal adyacente con el cual se continúa. Tras la pubertad, el epitelio de superficie del ovario se va volviendo cicatrizal y distorsionando debido a la rotura repetida de folículos ováricos y a la salida de ovocitos durante la ovulación.

Los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios ováricos cruzan la línea terminal, pasando hacia y desde la cara superolateral del ovario dentro de un pliegue peritoneal, el ligamento suspensorio del ovario, que se continúa con el mesovario del ligamento ancho. El ovario también se fija al útero mediante el corto ligamento propio del ovario, que discurre medialmente dentro del mesovario. El ligamento propio del ovario conecta el extremo proximal (uterino) del ovario al ángulo lateral del útero, justo inferior a la entrada de la trompa uterina. Dado que el ovario está suspendido en la cavidad peritoneal y su superficie no está cubierta por peritoneo, el ovocito expulsado en la ovulación entra en la cavidad peritoneal. Sin embargo, su vida intraperitoneal es corta ya que normalmente es atrapado por las franjas (fimbrias) del infundíbulo de la trompa uterina y conducido hacia la ampolla, donde podrá ser fertilizado.

Trompas uterinas

Las trompas uterinas (antiguamente denominadas oviductos o trompas de Falopio) conducen al ovocito, liberado mensualmente desde un ovario durante la edad fértil, desde la cavidad peritoneal periovárica hasta la cavidad uterina. También son el lugar habitual donde tiene lugar la fertilización. Las trompas uterinas se extienden lateralmente desde los cuernos uterinos y se abren a la cavidad peritoneal junto a los ovarios.

Las trompas uterinas (con una longitud aproximada de 10cm) se sitúan en un estrecho mesenterio, el mesosalpinx, que forma los bordes anterosuperiores libres del ligamento ancho. En la disposición ideal, tal como suele representarse, las trompas se extienden posterolateralmente de forma simétrica hacia las paredes

laterales de la pelvis, donde se arquean anteriores y superiores a los ovarios sobre el ligamento ancho, situado horizontalmente. Los estudios ecográficos demuestran que a menudo la posición de las trompas es asimétrica, de forma que con frecuencia una de las dos se sitúa superior o incluso posterior al útero.

Cada trompa uterina puede dividirse en cuatro porciones que de lateral a medial, son:

- El infundíbulo, el extremo distal, en forma de embudo que se abre a la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal de la trompa uterina. Las digitaciones del infundíbulo, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario; una gran franja ovárica se fija al polo superior del ovario.
- La ampolla, la porción más ancha y larga, que se inicia en el extremo medial del infundíbulo; la fertilización del ovocito suele tener lugar en la ampolla
- El istmo, la porción de paredes gruesas, que entra en el cuerno uterino
- La porción uterina, el corto segmento intramural que pasa a través de la pared del útero y desemboca, por el orificio uterino de la trompa uterina en la cavidad uterina al nivel del cuerno uterino

Vascularización de los ovarios y las trompas uterinas

Las arterias ováricas se originan en la aorta abdominal y descienden a lo largo de la pared posterior del abdomen. A nivel de la línea terminal cruzan sobre los vasos iliacos externos y entran en los ligamentos suspensorios del ovario, dirigiéndose y las trompas uterinas. Las ramas ascendentes de las arterias uterinas (ramas de las arterias iliacas internas) discurren por las caras laterales del útero, para alcanzar las caras mediales de los ovarios y las trompas. Las arterias ovárica y uterina ascendente se bifurcan finalmente en ramas ováricas y tubáricas, que irrigan los ovarios y las trompas desde direcciones opuestas y se anastomosan entre sí, proporcionando una circulación colateral de orígenes abdominal y pélvico para ambas estructuras.

Las venas ováricas que drenan el ovario forman un plexo venoso pampiniforme en el ligamento ancho, cerca del ovario y la trompa uterina. Las venas del plexo suelen fusionarse para formar una sola vena ovárica, que abandona la pelvis menor con la arteria ovárica. La vena ovárica derecha asciende para drenar en la vena cava inferior; la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda. Las venas tubáricas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino (uterovaginal).

Inervación de los ovarios y trompas uterinas

Los nervios descienden junto a los vasos ováricos desde el plexo ovárico, y parcialmente desde el plexo uterino (pélvico). Como los ovarios y las trompas uterinas son intraperitoneales y, por tanto se sitúan superiores a la línea de dolor de la pelvis, las fibras aferentes viscerales de la sensibilidad dolorosa ascienden retrógradamente con las fibras simpáticas del plexo ovárico y los nervios espláncnicos lumbares hasta los cuerpos celulares de los ganglios sensitivos de los nervios espinales T11-L1.

Útero

El útero (matriz) es un órgano muscular hueco, con paredes gruesas y forma de pera. El embrión y el feto se desarrollan en el útero. Sus paredes se adaptan al crecimiento del feto y posteriormente proporcionan la fuerza necesaria para su expulsión durante el parto. El útero no gestante (no grávido) se sitúa generalmente en la pelvis menor, con el cuerpo apoyado sobre la vejiga urinaria y su cuello entre esta y el recto.

El útero es una estructura muy dinámica, cuyo tamaño y proporciones cambian con los diversos cambios vitales. El útero adulto suele estar en anteversión (apuntado anterosuperiormente respecto al eje de la vagina) y anteflexión (el cuerpo del útero está flexionado o inclinado anteriormente, en relación con el cuello del útero, creando el ángulo de flexión), de manera que su masa se sitúa sobre la vejiga urinaria. Por lo tanto cuando la vejiga urinaria está vacía, el útero se sitúa típicamente en un plano casi transversal. La posición del útero varía con el grado de repleción de la vejiga urinaria y el recto. Aunque su tamaño varía considerablemente, el útero no gestante suele medir 7,5cm de largo, 5cm de ancho y 2cm de fondo, y pesa aproximadamente 90g. El útero puede dividirse en dos porciones principales: el cuerpo y el cuello.

El cuerpo del útero, que forma los dos tercios superiores de la estructura, incluye el fondo del útero, la parte redondeada del cuerpo que se sitúa superior a los orificios uterinos de las trompas uterinas. El cuerpo del útero se sitúa entre las capas del ligamento ancho y puede moverse libremente, tiene dos caras; vesical (relacionada con la vejiga) e intestinal. El cuerpo está separado del cuello por el istmo del útero, la región relativamente constreñida del cuerpo (alrededor de 1cm de longitud).

El cuello del útero es el tercio inferior, estrecho y cilíndrico, del útero, con una longitud aproximadamente 2,5cm en la mujer adulta no gestante. A efectos descriptivos se divide en dos porciones: una porción supravaginal, entre el istmo y la vagina, y una porción vaginal, que protruye y rodea el orificio (externo) del útero,

siendo a su vez rodeada por un estrecho receso, el fornix de la vagina. La porción supravaginal del cuello está separada de la vejiga urinaria, anteriormente, por tejido conectivo laxo, y del recto, posteriormente por el fondo de saco rectouterino.

La cavidad uterina, con forma de hendidura tiene una longitud aproximada de 6cm desde el orificio del útero hasta la pared del fondo. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales de la cavidad uterina por donde entran las trompas uterinas. La cavidad uterina se continúa inferiormente como el conducto del cuello del útero, el orificio anatómico interno, a través de las porciones supravaginal y vaginal del cuello, comunicándose con la luz de la vagina a través del orificio externo. La cavidad uterina (en particular el conducto del cuello del útero) y la luz de la vagina constituyen conjuntamente el canal del parto a través del cual pasara el feto al final de la gestación.

Las paredes del cuerpo del útero consta de tres capas:

- Perimetrio. La capa serosa, formada por peritoneo apoyado en una delgada capa de tejido conectivo.
- Miometrio. La capa muscular media del músculo liso, que se distiende notablemente (se hace más ancha pero más fina) durante el embarazo. Las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan en esta capa. Durante el parto, la contracción del miometrio es estimulada hormonalmente a intervalos cada vez más cortos para dilatar el orificio del cuello del útero y expulsar el feto y la placenta. Durante la menstruación, las contracciones del miometrio pueden provocar espasmos dolorosos.
- Endometrio. La capa mucosa interna, que se adhiere firmemente al miometrio y participa en forma activa en el ciclo menstrual, variando su estructura en cada etapa. Si se produce la concepción, el blastocito se implanta en esta capa; si no se produce la concepción, la superficie interna de esta cubierta se desprende durante la menstruación.

El contenido de tejido muscular de cuello es notablemente inferior al del cuerpo del útero. El cuello es mayoritariamente fibroso, y está compuesto principalmente por colágeno y por pequeñas cantidades de musculo liso y elastina.

Ligamentos del útero

Externamente, el ligamento propio del ovario se une al útero posteroinferior a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se une anteroinferiormente a esa unión. Estos dos ligamentos son vestigios del gubernáculo ovárico, relacionado con el descenso de la gónada desde su lugar de desarrollo en la pared posterior del abdomen.

El ligamento ancho del útero es una capa de doble peritoneo (mesenterio) que se extiende desde los lados del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis. Este ligamento ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis. Las dos capas del ligamento se continúan una con otra en un borde libre, que rodea la trompa uterina. Lateralmente el peritoneo del ligamento se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como ligamento suspensorio del ovario.

El útero es una estructura densa que se sitúa en el centro de la cavidad pélvica. Los soportes principales del útero que lo mantienen en esa posición son dinámicos y pasivos. El soporte dinámico del útero lo aporta el diafragma pélvico. El soporte pasivo del útero se debe a su posición, cuando aumenta la presión intra-abdominal, el útero es comprimido contra la vejiga. El cuello del útero es la parte menos móvil del útero, debido al soporte pasivo proporcionado por condensaciones de fascia endopelviana que también pueden contener músculo liso. El peritoneo cubre el útero anterior y superiormente, excepto en el cuello del útero.

Vascularización del útero

La irrigación del útero deriva principalmente de las arterias uterinas, con posible aporte colateral de las arterias ováricas. Las venas uterinas entran el ligamento ancho con las arterias y forman un plexo venoso uterino a ambos lados del cuello del útero. Las venas de este plexo drenan en las venas ilíacas internas.

Vagina

La vagina es un tubo musculomembranoso (con una longitud de 7-9cm) que se extiende desde el cuello del útero hasta el orificio vaginal, la abertura en el extremo inferior de la vagina. El vestíbulo de la vagina, la hendidura entre los labios menores, contiene los orificios externos de la uretra y vaginal, y las desembocaduras de las glándulas vestibulares mayores y menores. El extremo superior de la vagina rodea el cuello del útero.

La vagina

- Sirve como conducto para el flujo menstrual
- Forma la parte inferior del canal del parto
- Recibe al pene y la eyaculación durante el coito
- Se comunica superiormente con el conducto del cuello del útero e inferiormente con el vestíbulo de la vagina.

La vagina está normalmente colapsada, sin embargo, superiormente al orificio, las paredes anterior y posterior están en contacto a cada lado de una cavidad

potencial transversal salvo su extremo superior, donde el cuello del útero las separa.

Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso.

Las relaciones de la vagina son:

- Anteriormente, el fondo de la vejiga urinaria y la uretra
- Lateralmente, el elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres
- Posteriormente (de inferior a superior), el conducto anal, el recto y el fondo del saco rectouterino

Vascularización de la vagina

Las arterias que irrigan la porción superior de la vagina derivan de las arterias uterinas; las que irrigan las porciones media e inferior de la vagina derivan de las arterias vaginales y de la pudenda interna.

Las venas forman los plexos venosos vaginales a los lados de la vagina y en la mucosa vaginal. Estas venas comunican con el plexo venoso uterino como plexo uterovaginal y drenan en las venas ilíacas internas a través de la vena uterina. Este plexo también se comunica con los plexos venosos vesical y rectal. La inervación de la mayor parte de la vagina es visceral³¹.

Glándulas Mamarias

Aunque las glándulas mamarias no son órganos reproductivos reales se estudian en este apartado debido a su importancia como glándulas accesorias, en particular en el cuerpo femenino, y porque se ven afectadas en forma directa por las hormonas femeninas.

Las mamas o glándulas mamarias son dos glándulas cutáneas muy especializadas que se localizan en la pared torácica anterior entre la segunda y tercera costilla en la parte superior, entre el sexto y séptimo cartílago costal en la parte inferior, la línea axilar anterior lateralmente y el borde del esternón en la parte medial. Tienen abundante inervación. Las mamas contienen tejidos que responden a hormonas; así el desarrollo de las mismas en la pubertad y la lactación durante el embarazo, son resultado de influencias endocrinas. La arteria mamaria interna y la intercostal irrigan las glándulas mamarias y las venas mamarias siguen a estas arterias. Además hay muchas venas cutáneas que se dilatan durante la lactación. Los vasos linfáticos son abundantes, en particular

³¹ Keith L.M, et al. "Anatomía con Orientación Clínica" 6ª ed. Wolters Kluwer/ Williams & Wilkins Barcelona España 2010 p.p. 382-434

cerca de las axilas. Se fija a tejidos profundos mediante los ligamentos de Cooper y la fascia profunda. Estas glándulas mamarias están presentes también en los varones, aunque en estado rudimentario.

Estructura interna

Las mamas de una mujer nulípara tienen forma cónica o hemisférica, pero su tamaño y forma son variables a distintas edades y en diversas personas. Están formadas de tejido glandular, cada órgano está dividido en 15 o 20 lóbulos, separados entre sí por paredes fibrosas o grasas. Cada lóbulo se subdivide en muchos lobulillos, que contienen numerosas células acini (ramos). Los racimos (grupos de 10 a 100 alveolos) están formados de una sola capa de epitelio, debajo del cual se encuentra una pequeña cantidad de tejido conectivo con muy buena irrigación capilar. Los productos necesarios para la leche se filtran en la sangre por el proceso de osmosis, pero la secreción de leche se inicia en realidad en las células de acini. A medida que los conductos salen de los lobulillos a los lóbulos se aproximan a la areola, se dilatan y forman pequeños receptáculos en los cuales se almacena leche; y se angostan de nuevo al pasar hacia la areola. El tamaño del seno depende de la cantidad de tejido graso presente, y no indica de ninguna manera la cantidad de lactación posible.

Estructura externa

La superficie externa del seno se divide en dos porciones.

Pezón: es el extremo de la mama, contiene gran inervación responsable de los reflejos de la lactancia y de la forma que adquiere durante la alimentación. Contiene entre 15 y 20 conductos con pequeñas fibras musculares encargadas de cerrar los conductos secretores.

Areola. Superficie circular que rodea al pezón de coloración más oscura que el resto de la mama, también contiene gran inervación. Contiene glándulas sebáceas encargadas de proteger con sustancias antimicrobianas y lubricantes. Estas glándulas son unas pequeñas salientes llamadas túberculos de Morganini que durante el embarazo aumentan de tamaño denominándose glándulas de Montgomery

Fisiología

A las pocas semanas del embarazo se agrandan y se hacen más firmes. Las glándulas de la areola aumentan de tamaño y la piel se oscurece, los pezones crecen. Prolifera importantemente el epitelio alveolar y al final de la gestación los alvéolos tienen en su interior un sustancia llamada calostro que es un líquido

amarillento, tiene alta densidad en poco volumen, que contiene proteínas, vitaminas liposolubles, sodio, zinc e inmunoglobulinas.

El crecimiento en esta etapa es producido por el calostro y el aumento en la vascularización. Los cambios se deben a los estrógenos, progesterona y prolactina.

Lactogénesis

Con este término se denomina al inicio de la producción de la leche, es regulada por el siguiente mecanismo:

1. Las hormonas estrógenos, progesterona y prolactina actúan en las mamas y las preparan estructuralmente para secretar la leche. Los estrógenos estimulan el desarrollo de los conductos mamarios. La progesterona actúa en la glándula preparada por los estrógenos y fomenta que llegue a su término el desarrollo de conductos y alveolos, las células secretoras de las mamas. La concentración alta de estrógenos en la sangre durante la gestación inhibe la secreción adenohipofisiaria de prolactina.
2. Al expulsarse la placenta después del nacimiento se elimina una fuente principal de estrógenos, la disminución rápida en la concentración sanguínea, aunado los movimientos de succión del recién nacido estimulan la secreción de prolactina y la secreción de oxitocina por el lóbulo posterior de la hipófisis, esto produce por consiguiente a la síntesis y producción láctea³².

4.4.3. Fisiología de la Reproducción

Eje Hipotálamo-hipófisis-ovario

El hipotálamo regula la secreción de la adenohipófisis mediante hormonas que, a través del sistema portal, se acumulan en el lóbulo posterior de la hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de hormonas gonadotrópicas.

La adenohipófisis, mediante un tipo de pequeñas células basófilas en el lóbulo anterior, produce las hormonas gonadotrópicas: hormona estimulante del folículo (HEF), hormona luteinizante (HL) o estimulantes de células intersticiales (HCEI), glucoproteínas de peso molecular elevado, cuya secreción es controlada por

³² Mendoza Colorado C. et. al. "Antología Obstetricia I". Editorial Escuela de Enfermería y Obstetricia, México 2009 p.p. 382-384

hormonas hipotalámicas y ováricas, así como por las mismas gonadotropinas. Estas sustancias aparecen a los nueve años de edad, pero dos años antes de la menarquía alcanzan niveles mesurables.

En los núcleos hipotalámicos se originan la hormona liberadora de HEF y la hormona liberadora de HL que, a través del sistema porta, estimulan la adenohipófisis para que produzca HEF y HL, las cuales actúan sobre el ovario, estimulando la maduración ovular, el crecimiento folicular, la ovulación y simultáneamente la producción de estrógenos y progesterona.

Ciclo sexual femenino

Antes de la pubertad, los centros hipotalámicos están inhibidos por las estrías terminales de una zona en el complejo amigdalino. La maduración del sistema nervioso central libera al organismo de esta inhibición, con lo que se inicia la pubertad.

Ciclo menstrual. Es el intervalo entre el primer día del flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios trascendentes en diversos tejidos del aparato genital.

Ciclo ovárico. Este se divide en tres fases:

- a) Folicular o preovulatoria
- b) Ovulatoria
- c) Lutea o posovulatoria

Fase folicular. Al terminar la menstruación, varios folículos son liberados por la acción inhibitoria que sobre la hipófisis ha ejercido el cuerpo amarillo del ciclo anterior; dichos folículos se desarrollan y proceden a madurar por la acción de HEF que libera la hipófisis. Solo uno alcanza generalmente la madurez, liberando un ovulo; el resto presenta atresia folicular. Al ir madurando el folículo, se desplaza hacia la corteza del ovario y forma el estigma, zona cortical en la que ocurre la ruptura folicular y expulsión del ovulo.

El desarrollo folicular depende de la presencia de las hormonas gonadotropicas HEF Y HL; el ovario responde produciendo estrógenos en forma simultánea al crecimiento del folículo y maduración del ovulo. Estas sustancias alcanzan su máximo nivel antes de la ovulación. Unas 24 o 48 horas antes de que ocurra la ovulación hay un aumento súbito de HEF y HL; esta última alcanza un nivel mayor y desempeña un papel más importante en la ruptura folicular.

Fase ovular. Tiene lugar aproximadamente en la mitad del intervalo entre la menstruación y la siguiente (día 14) y depende de la proporción existente entre los niveles de HEF y HL, que se ven afectados por la producción de estrógenos.

Fase lútea. Con la formación del cuerpo amarillo ocurre la producción de progesterona, que pronto alcanza niveles elevados. Las gonadotropinas hipofisarias sufren un descenso en sus niveles por la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona. Antes de que aparezca el flujo menstrual existe una disminución súbita de los niveles de estrógenos y progesterona.

Ciclo endometrial. Este se divide en tres fases:

- a. Proliferativa
- b. Secretoria
- c. Menstrual

Proliferativa o estrogenica. Esta fase se presenta de 1° al 14° día del ciclo y se caracteriza por el desarrollo de los diferentes componentes histológicos del endometrio (vasos, glándulas y estroma).

Secretoria o progesterónica. Esta fase ocurre entre el 14° y el 28° día; en ella continua el desarrollo endometrial y aparece secreción en la luz glandular, haciendo propicio al endometrio para que ocurra la nidación.

Menstrual. En esta fase se presenta el desprendimiento del endometrio al ocurrir la disminución de la concentración hormonal, lo cual produce la aparición del sangrado menstrual.

La menstruación. Es un fenómeno vascular; los vasos rectos irrigan la capa basal del endometrio, en tanto que las arterias espirales aportan sangre a los dos tercios internos del mismo. A medida que aumenta el espesor del endometrio, también lo hace la longitud de los vasos que se tornan más espirales. El sangrado menstrual ocurre por varias causas; desgarro de la pared arteriolar; escape sanguíneo a través del epitelio sin formar hematoma; diapédesis a través de la pared capilar.

Hay una vasoconstricción que precede y acompaña a la menstruación, lo que evita la perdida exagerada de sangre.

Ciclo cervical. En los primeros días el moco es opaco y muy poco elástico; el 14° día aumenta el tamaño y la capacidad secretoria de las glándulas endocervicales. El moco se torna claro y muy filante, lo cual permite que los espermatozoides penetren fácilmente.

Ciclo vaginal. La vagina muestra cambios en sus células de descamación; en la primera mitad del ciclo predominan células cornificadas basófilas y después del día 14° aparecen células eosinófilas y naviculares.

Gametogénesis

Para que el ovulo pueda dar lugar origen a un nuevo ser necesita pasar por un proceso de maduración.

Maduración ovular (ovogénesis). El ovulo experimenta un proceso de maduración para estar en condiciones de ser fecundado. La maduración ovular se lleva a cabo en el ovario a partir de las ovogonias, que existen desde el nacimiento en número de 200 000 a 300 000. Al romperse el folículo se libera un ovulo ya maduro y se expulsa en el primer cuerpo polar. Solo maduran entre 200 y 400 óvulos (uno en cada ciclo menstrual, normalmente) en toda la vida reproductiva de la mujer es decir, de la pubertad a la menopausia. La célula germinal femenina inmadura recibe el nombre de ovogonia, y tiene 44 cromosomas (autosomas) y dos cromosomas sexuales XX, es una célula diploide. Al ocurrir la meiosis los cromosomas se agrupan por parejas, quedando cada célula con 22 autosomas y un cromosoma X después de la división³³.

4.5 ATONIA UTERINA

La atonía uterina es sin duda es la causa más habitual de la hemorragia postparto. En el útero contiene vasos sanguíneos enormes en el interior de los intersticios de sus fibras musculares y los que se encuentran en el sitio placentario esta abiertos y son profundos.

Es esencial que las fibras musculares se contraigan en forma estrecha sobre estas arterias y venas para controlar la hemorragia y deben mantenerse contraídas, basta que tan solo se relajen durante algunos segundos para ocasionar una hemorragia repentina y copiosa.

En un estudio realizado durante el transcurso de nueve años en el estado d California, se descubrió que de 56 muertes maternas debidas a hemorragia en relación con el embarazo, 19 fueron resultado de atonía uterina. La mayoría de estas personas obstetricas falleció cuatro horas después del parto. Probablemente antes de que se identificara la gravedad de su hemorragia. Estas personas eran en su mayoría multíparas de mayor edad con parto espontáneos a término, muchas de las muertes pudieron haberse evitado si se hubiera

³³ Mondragón Castro H. "Obstetricia Básica Ilustrada" Trillas. Reimpresión 1997p.p. 24-35

diagnosticado la hemorragia oportunamente y se hubiese administrado el tratamiento adecuado.

Atonía Uterina. Es el cuadro clínico caracterizado por falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después de un parto o una operación cesárea, que impide se realice una hemostasia fisiológica.

Pinard menciona que la hemostasia del útero posparto se lograba mediante la contracción de las fibras uterinas que colapsan los vasos del miometrio cuando existen factores normales de coagulación³⁴.

Fisiopatología

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globoso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. El proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego el nacimiento se considera un alumbramiento prolongado.

Al final de un embarazo a término, 500-800ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia

Existen factores de riesgo que permiten su predicción y adecuado control los cuales se enumeran a continuación:

- 1.- Trabajo de parto prolongado
- 2.- Gestación múltiple
- 3.- Polihidramnios
- 4.- Macrosomía

³⁴ Ibídem p.p.549

- 5.- Parto precipitado
- 6.-Intensificación del trabajo de parto
- 7.- Multiparidad
- 8.-Fibromatosis uterina
- 9.- Embarazo previo con atonía
- 10.- Anestesia general o conductiva
- 11.- Infección
- 12.- Retención de restos ovulares
- 13.-Desprendimiento de placenta con infiltración miometrial

Ya que la presencia de factores de riesgo no predicen en forma adecuada la hemorragia posparto, el manejo activo del alumbramiento debería implementarse en todas las mujeres que tienen su parto, para disminuir la incidencia de atonía uterina, la principal causa de hemorragia posparto³⁵.

Cuadro clínico

La atonía uterina se caracteriza por el siguiente cuadro clínico:

- Sangrado vaginal importante (sangre roja brillante con o sin coágulos). En el postparto o poscesarea inmediatos
- Disminución de la contractilidad uterina a la palpación
- Presencia súbita del estado de choque hipovolemico, manifestado por: taquicardia, diaforesis profusa, hipotensión, sangrado activo, mareo, vértigo, pérdida del conocimiento, etc.
- Anemia

Diagnostico

El cuadro clínico se caracteriza por que el tono uterino es muy débil y la pérdida hemática puede llevar a la persona a cuadros de inestabilidad hemodinámica, anemia aguda y en casos severos a shock hipovolemico.

Diagnostico diferencial

³⁵ Gómez López, et al. "Manual de Obstetricia II" Procesos que alteran la reproducción humana. Editorial Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia México 2008 p.p.255-256

El diagnóstico se establece fundamentalmente con base en el cuadro clínico, sin embargo la exploración del canal genital es indispensable para descartar otra patología como:

- Varices vulvares
- Laceraciones de mucosa, introito o vagina.
- Lesiones del cérvix, desgarros, pólipos, inversión uterina y lesiones malignas.
- Ruptura de la cavidad uterina
- Presencia de restos placentarios

Tratamiento

El tratamiento se debe instaurar rápidamente y está dirigido fundamentalmente a la obtención y mantenimiento de vías de gran calibre para administración de sustancias expansoras del volumen plasmático, como cristaloides o hemoderivados de agentes uterotonicos como oxitocina, metilergonovina o prostaglandinas. Administración de oxitocina 20u como droga de primera elección. El uso de ergonovina si no hubiese efecto de la oxitocina, en pacientes con hipertensión arterial el uso de sintometrina.

Realizar masaje suave pero firme del fondo uterino

Aplicación de hielo en el abdomen para favorecer la contracción del útero y la vasoconstricción para evitar el sangrado así como la estimulación del pezón de la madre por parte del RN.

Métodos Farmacológicos para control de la Atonía Uterina

Sustancia	Dosis	Vía
Oxitocina	10-20u	Goteo IV,IM, Intramiometrial (sitios múltiples)
Metilergonovina	0.2mg	IM
Prostaglandina F2a	Lmg	Intramiometrial
Prostaglandinas 15 Metil	0.25 mg	IM, intramiometrial (sitios múltiples)

(Gonik B: Intensive care of the critically ill pregnant patient. En Creasy RK, Resink R (eds): Materno Fetal Medicine, 2a ed. Filadelfia, WB Saunders, 1989.)

El taponamiento uterino se considera peligroso porque propicia mayor hemorragia al enmascarar el sangrado y favorece la infección postparto. La intervención quirúrgica puede llegar a ser necesaria algunas veces. A menudo se intenta ligar las arterias uterinas o hipogástricas antes de optar por la histerectomía para prevenir la pérdida de sangre continua y potencialmente fatal. Las medidas para prevenir se usan en forma concurrente con objeto de controlar la hemorragia.

Complicaciones

La ruptura uterina puede condicionar las siguientes complicaciones:

- Anemia aguda
- Choque hipovolemico
- Insuficiencia renal aguda
- Transtornos de la coagulación sanguínea
- Infección postquirúrgicas
- Tromboflebitis
- Muerte materna³⁶

³⁶ Jiménez Trujano L, et al. "Antología de Obstetricia II" Editorial Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México 2008 p.p. 377-381

5. VALORACION DE ENFERMERIA

5.1 HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA (O) SEGÚN EL MODELO DE VIRGINA HENDERSON

Nombre: V.AS.M. Edad: 36años Sexo. FEMENINO

Estado civil. CASADA Religión. CATOLICA Etnia. NINGUNA

Escolaridad. 1ERO DE PRIMARIA Ocupación. HOGAR

Cual su objetivo de salud. RECUPERAR SU SALUD PARA PODER ESTAR CON SU BEBE EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES

Hospitalizaciones previas. SOLO EN SUS PARTOS ANTERIORES QUE FUERON CUATRO

Motivo de ingreso. SE PRESENTA A ESTE HOSPITAL POR INICIO DE TRABAJO DE PARTO CON 39 SDG POR LO QUE SE DECIDE SU INTERNAMIENTO

Está tomando medicamentos. POR PRESCRIPCION MEDICA SE DECIDE SU MANEJO CON 20u de OXITOCINA,1g DE GLUCONATO DE CALCIO Y ANTIBIÓTICOS, SOLUCIONES PARENTERALES: SOL. FISILOGICA DE 1000ml + 20u DE OXITOCINA, SOL. HARTMAN 500ml.

Signos vitales. Temp. 35.5 Pulso. 86 Resp. 26 Ten. Art. 90/50

Familia No. De miembros SEIS PERSONAS con quién vive CON SU ESPOSO E HIJOS

Problemas de relación con la familia, Sí No Porqué _____

1.- OXIGENACIÓN

Estilo de vida. Sedentaria Activa

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea) SI NO

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad. PRESENTA TAQUIPNEA E HIPERVENTILACION SECUNDARIA A PERDIDA DE VOLUMEN SANGUINEO.

(SANGRADO ROJO BRILLANTE DE 400 ML CON ABUNDANTES COAGULOS)
FR-28x , CON RESPIRACIONES SUPERFICIALES

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración. SI ___ NO X

Cuantos cigarrillos fuma al día SI ___ NO X

Desde cuando_____

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, Hipertensión, anemia, Várices. NEGADAS

Otros.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo ___ con ayuda ___. AHNO

Horario y número de comidas habituales. AHNO

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día. AHNO

Preferencias o desagradados. NEGADOS

Patrones de aumento/pérdida de peso: AUMENTO DE 8 KILOS EN EL EMBARAZO

Suplementos de alimentación. AHNO

Conocimiento de factores que favorecen la digestión. REFIERE ESTREÑIMIENTO DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EL EMBARAZO

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez. NEGADOS

Medidas para purificar el agua hierva, desinfecta, garrafón. REFIERE HERVIR EL AGUA

Revisión. Peso. 78kg ULTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO Talla. 1.54cm Boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir. APARENTEMENTE NORMAL

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas. APARENTEMENTE NORMAL

Otros. REFIERE TENER SED PRESENTA MUCOSAS ORALES DESHIDRATADAS, DISMINUCION DE LA TURGENCIA DE LA PIEL, DEBILIDAD.

3.- ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces REFIERE HABER EVACUADO ANTES DE PASAR A LA SALA DE EXPULSION (HACE 3hrs) orina NO PRESENTA MICCION ESPONTANEA

Color, consistencia, Heces: REFIERE QUE EVACUO EN COLOR Y CONSISTENCIA NORMAL Orina: NO PRESENTA MICCION ESPONTANEA

Ardor o dolor al evacuar (NO) Orinar (NO)

Estreñimiento, (NO) hemorroides, (NO) dolor mensual (NO)

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. NO

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones. SI

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, hernias, estomas. NO

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. NO

Otros. SE ENCUENTRA AFECTADA ESTA NECESIDAD DEBIDO A RETENCION URINARIA, PRESENTA DOLOR OCASIONADO POR MASAJE UTERINO Y REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre. NINGUNA

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). NO

Limitaciones en la deambulación. SE MANTIENE EN DECUBITO DORSAL

Postura habitual en relación al trabajo. PARADA

Dolor muscular, inflamación de articulaciones. Defectos óseos. SI, DEBIDO A QUE AUMENTA EL DOLOR ABDOMINAL AL INTENTAR UN CAMBIO DE POSICION

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos. PERMANECE EN REPOSO

Otros.

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. PRESENTA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, REFIERE DOLOR POR MASAJE UTERINO, ADEMÁS DE CANSANCIO Y DEBILIDAD

Alteraciones por estados emocionales. REFIERE TENER PREOCUPACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE ELLA Y EL BEBE

Uso de reductores de tensión. NO

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos NEGADO

Otros.

6.-USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. SI

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. SI

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. ES DEPENDIENTE PARA CAMBIO DE BATA Y ROPA DE CAMA

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. SI

Otros. MALESTAR Y DEBILIDAD

7.- TERMORREGULACIÓN

Se protege en los cambios de temperatura ambiente. SI

Sensibilidad extrema al frío o al calor. NO

Qué valor le dá a: comida, ropa y manejo adecuados en el control de la Temperatura. A otras medidas físicas. REFIERE LA ADECUADA PARA SATISFACER ESTA NECESIDAD

Otros. PRESENTA HIPOTERMIA, T° 35.5, FRIALDAD DE LA PIEL, PALIDEZ, DISMINUCION DEL LLENADO CAPILAR

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia. DEPENDIENTE CONDICIONADO POR SU ESTADO DE SALUD ACTUAL

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc. REFIERE USAR CREMA CORPORAL

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema. SANGRADO UTERINO CON ABUNDANTES COAGULOS QUE LE PROVOCA INCOMODIDAD

Mucosa Oral. Íntegra, deshidratada, hidratada. INTEGRA, DESHIDRATADA

Otros.

9.- EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. NEGADAS

Recursos de salud. Médicos, odontólogos, hospitales. EL EQUIPO DE SALUD DE ESTA UNIDAD HOSPITALARIA

Recursos de salud. Manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación. NO

Autoexamen de mama y testículos. AUTOEXAMEN DE MAMA

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos escaleras, aislamiento. HABITA EN CASA PROPIA CONSTRUIDA DE TABIQUE Y TECHO DE LÁMINA, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS

Entorno físico. Vecindario, presencia de peligros ambientales. NEGADO

Otros. ESTA CONCIENTE Y ORIENTADA. PRESENTA DOLOR ABDOMINAL DEBIDO A MASAJE UTERINO Y REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD. SE MANTIENE CON VIA PERIFERICA

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. VERBALIZA MIEDO Y DESCONOCIMIENTO SOBRE SU ESTADO DE SALUD ACTUAL

Relaciones con la familia y con otras personas. BUENA RELACION CON SU ESPOSO E HIJOS

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc). NO

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. NO

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. COMADRE

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. NO

Otros.

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. ASISTIR A MISA

Frecuencia de algún servicio religioso. SOLAMENTE LA MISA CADA FIN DE SEMANA

Valores que ha integrado en su estilo de vida. RESPECTO, HONESTIDAD, TOLERANCIA

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud. NINGUNA, REFIERE QUE SEGÚN ESTA CREENCIA TOMA SUS PROPIAS DECISIONES Y ACTUA CONFORME A ELLAS

Creencias religiosas significativas en este momento

A LA VIRGEN DE GUADALUPE Y SAGRADO CORAZON DE JESUS PARA QUE TODO SALGA BIEN

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. NEGADO

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. NEGADO

La enfermedad. Qué tipo de problemas le ha traído. NEGADO

Psicológicos, económicos, laborales, otros. NEGADO

Auto concepto positivo/negativo de sí mismo. POSITIVO

Capacidad de decisión y de resolver problemas. ADECUADA

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. NEGADO

Otros. SU ESTADO DE SALUD ACTUAL INFLUYE EN SU ROL FAMILIAR DE FORMA DIRECTA

13.- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. VER TELEVISION

La última vez que participo en actividades de este tipo. HACE TRES DIAS

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. SI

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen. SI

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación. SI

Otros.

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. SI

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. REFIERE SABER LO BASICO SIN EMBARGO TIENE DUDAS SOBRE SU PADECIMIENTO ACTUAL

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. SI, TIENE INTERES POR CONOCER SU PROCESO DE SALUD Y EVOLUCION ADEMÁS DE PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. NERVIOSA Y ANGUSTIADA

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearan los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con pérdida del volumen sanguíneo manifestado por taquipnea, hiperventilación
Nutrición e Hidratación	Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado activo uterino manifestado sed, sequedad de las membranas mucosas
Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica secundario a (involución uterina) manifestado por dificultad a la micción
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor abdominal manifestado por limitación de la movilidad en cama
Descanso y sueño	Alteración del patrón del sueño relacionado dolor abdominal manifestado por fatiga, cansancio.
Usar prendas de vestir adecuadas	Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias relacionado con malestar y debilidad
Termorregulación	Hipotermia relacionado con pérdida del volumen de líquidos manifestado por frialdad de la piel, disminución del llenado capilar

Higiene y protección de la piel	Déficit del autocuidado: baño, relacionado con falta de fuerza física manifestado por dificultad para entrar y salir del baño y verbalización de cansancio
Evitar peligros	Dolor abdominal relacionado con masaje uterino manifestado por verbalización, fascies de dolor Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos
Comunicarse	Deterioro de la comunicación relacionado con déficit de conocimientos sobre su padecimiento manifestado por ansiedad, angustia
Vivir según sus creencias y valores	Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con expresión de deseos de reforzar la esperanza
Trabajar y realizarse	Desempeño ineficaz del rol relacionado con estancia hospitalaria manifestado por cambio en la capacidad para desempeñar sus actividades en forma adecuada
Jugar/ participar en actividades recreativas	Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por inactividad, ausencia de relaciones sociales
Aprendizaje	Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con verbalización de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de su salud ^{37 38}

³⁷ Heather H, et al. "Nanda International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011". Elsevier Barcelona España 2010 p.p.53-358

³⁸ Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería. "Manual de Diagnósticos". Subdirección de Enfermería de la Secretaría de Salud México 2009 p.p. 1-40

7. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. de ENFERMERIA

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con pérdida del volumen sanguíneo manifestado por taquipnea, hiperventilación

OBJETIVO

- Recuperara su patrón respiratorio

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Monitorización de signos vitales cada dos horas</p> <p>Posición semifowler</p> <p>Oxigeno a 3lts por minuto por puntas nasales</p> <p>Oximetría de pulso</p> <p>Terapia endovenosa</p> <p>Enseñanza de terapias de relajación</p>	<p>El conocimiento de los signos vitales en una persona permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnostico</p> <p>La posición semifowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos</p> <p>La oxigenación es una necesidad básica para realizar los procesos metabólicos</p> <p>La oximetría de pulso permite la vigilancia continua de la saturación de oxígeno arterial (SaO²)</p> <p>-La corriente sanguínea es la vía de distribución más rápida y su circulación se efectúa en tres minutos</p> <p>La explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la</p>	<p>La persona recupero la función respiratoria normal, se alcanzaron los niveles de oxigenación dentro de los parámetros normales</p>

	participación esperada de la persona disminuye su estado tensional	
--	--	--

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado activo uterino manifestado sed, sequedad de las membranas mucosas

OBJETIVO

- Mantendrá el equilibrio del volumen de líquidos y electrolitos
- Identificar manifestaciones clínicas por desequilibrio hidroelectrolítico

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Mantener permeable un acceso vascular</p> <p>Reposición de líquidos por vía perenteral</p> <p>Ministración de medicamentos según prescripción medica</p> <p>Monitorización de los signos vitales,(curva de t/a)</p> <p>Control estricto de líquidos por turno</p> <p>Vigilar, registrar y dar aviso en caso de presentar signos de hipovolemia</p>	<p>La corriente sanguínea es la vía de distribución más rápida y su circulación se efectúa en tres minutos</p> <p>La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de su rápida absorción, pues pasan en forma directa al líquido extracelular, además que se pueden administrar grandes volúmenes de líquidos</p> <p>Los medicamentos son fármacos o preparados de drogas que se usan con fines terapéuticos</p> <p>La administración de fármacos en forma segura y eficiente respecto a tipo, presentación, conservación, dosis, vida media, vía de administración, efectos, interacciones farmacológicas y otros, evitan o disminuyen reacciones adversas en la persona.</p>	<p>Se mantiene el equilibrio en el volumen de líquidos</p>

	<p>El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico</p> <p>Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos , ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico de la persona</p> <p>Las personas con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución del volumen del líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Eliminación

Dx. de ENFERMERIA

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica secundario a (involución uterina) manifestado por dificultad a la micción

OBJETIVO

- Mantendrá la función urinaria en condiciones normales
- No presentara datos de infección

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Vigilar micción espontanea Proporcionarle un cómodo o ayudarle a ir al sanitario, dependiendo de su estado Sondeo vesical si se requiere Manejo de sonda vesical Manejo de líquidos y electrolitos Explicar la importancia del aseo genital y asesorar a la persona para que lo lleve a cabo Restringir el uso de diuréticos Apoyo emocional	La cantidad de orina que suele almacenar la vejiga, en un adulto, es de 300 a 500 ml. Aunque los patrones urinarios son individuales, se considera normal una frecuencia de 5 o más micciones por día. El volumen de orina excretada en 24 hrs es variable pero se considera que no debe ser menor de 500ml, ni mayor de 3,000, en 24hrs La cateterización vesical facilita la vigilancia del funcionamiento renal, la detección oportuna de disfunción y la protección de piel en áreas adyacentes. Su permanencia ofrece drenaje urinario continuo y un control de la producción de orina. La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de su rápida absorción, pues pasan en	La persona presenta micción espontanea Comprende la importancia de la higiene personal y la lleva a cabo

	<p>forma directa al líquido extracelular, además que se pueden administrar grandes volúmenes de líquidos.</p> <p>Prevenir infecciones ascendentes del aparato urinario. La mucosa que cubre las vías urinarias es un tejido propicio para la propagación de las bacterias.</p> <p>Los diuréticos a través de mecanismos de transporte activo o por modificación de la permeabilidad celular, incrementan el índice de formación de orina por reacción de la resorción de sodio y agua en túbulos renales.</p> <p>El establecimiento de una relación que brinda apoyo y atención favorece la apertura para expresar sentimientos, estimula conductas terapéutica entre la enfermera (o) y la persona.</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

Dx DE ENFERMERIA

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor abdominal manifestado limitación de la movilidad en cama

OBJETIVO

- Lograr que la persona se sienta cómoda y segura en su cama mediante actividades para conservar la movilidad en su cama
- Conservar la función circulatoria en optimas condiciones
- Ofrecer comodidad y seguridad

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Valorar la capacidad funcional y la magnitud de la afección, registrar y vigilar los cambios y mejorías Mantener la alineación corporal para aliviar la fatiga muscular Cambios de posición cada dos horas Examinar el estado de la piel (vigilar presencia de sangrado),orientar sobre la importancia de moverse constantemente Ministración de analgésicos por prescripción médica Colocación de medidas de seguridad (barandales)	La movilización frecuente y de una posición correcta previene lesiones neuromusculares y formación de úlceras por presión. Los cambios de posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga. El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiocirculatorios, estreñimiento, alteraciones relativas al descanso y sueño, complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras por presión. El dolor se refiere a la sensación desagradable <i>sui generis</i> que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas	Logra moverse en su cama, favoreció para mantener su estado de confort.

<p>Identificar que actividades puede realizar de forma autónoma y cuales precisan asistencia</p> <p>Orientar sobre su autocuidado en la cama</p>	<p>reflejas vegetativas y conductuales; es un estado de alerta, un indicador de lesión o peligro en el organismo, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain).</p> <p>La identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.</p> <p>La ministración de un analgésico se basa en la vida plasmática, biodisponibilidad y tiempo de duración del fármaco, así como en la individualidad de la persona.</p> <p>La colocación de la persona en una posición específica con alineación corporal, la manipulación cuidadosa, el masaje suave y la realización de ejercicios libres de esfuerzos bruscos, disminuyen o anulan el dolor.</p> <p>La enseñanza sobre la movilización permite a la persona lograr cambios de posición que beneficien su actitud mental y favorezca la actividad de algunos grupos musculares, así como participar en su propio autocuidado</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Descanso y sueño

Dx. DE ENFERMERIA

Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor abdominal manifestado por fatiga, cansancio

OBJETIVO

- Tendrá un sueño eficaz que le proporcione descanso
- Proporcionar un ambiente en optimas condiciones de limpieza y físicas que favorezca sueño y descanso

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar e identificar los agentes causales</p> <p>Valorar el patrón sueño/descanso normal de la persona</p> <p>Verificar las condiciones ambientales, ruido e iluminación</p> <p>Coordinar funciones de enfermería para permitir los periodos de descanso y un menor número de interrupciones</p> <p>Limitar el sueño durante el día y estimular el estado de conciencia</p> <p>Animar a la persona a que exprese miedos que podrían impedir o interrumpir el sueño</p> <p>Ministración de analgésicos por prescripción médica en caso de dolor</p>	<p>La evaluación de la persona en cuanto a cantidad, calidad y manifestaciones en torno al sueño, permitirá ayudar la persona a intervenir en la satisfacción de necesidades o solución de problemas respectivos</p> <p>El sueño es el estado fisiológico con pérdida del conocimiento, del cual puede despertar el individuo con estímulos sensoriales u otros. El sueño como parte del ciclo vigilia-sueño, es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día y, por tanto, generar descanso físico y mental.</p> <p>El descanso es un estado de quietud, de reposo, o bien, una interrupción del movimiento, acción, ejercicio o fatiga.</p>	<p>La persona expreso mayor capacidad para poder dormir y descansar</p>

	<p>Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, acercamiento de artículos personales y de comunicación) que proteja a la persona de riesgos mecánicos, químicos o térmicos.</p> <p>La fatiga por exceso de actividades físicas o mentales, desencadena alteraciones en el ciclo vigilia-sueño.</p> <p>El establecimiento de una relación que brinda apoyo y atención favorece la apertura para expresar sentimientos, estimula conductas terapéutica entre la enfermera (o) y persona.</p> <p>La ministración de un analgésico se basa en la vida plasmática, biodisponibilidad y tiempo de duración del fármaco, así como en la individualidad del persona</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Usar prendas de vestir adecuadas

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias relacionado con malestar y debilidad

OBJETIVO

- Lograra vestirse y desvestirse de forma independiente
- La persona se mantendrá limpia y cómoda
- Favorecer el estado emotivo de la persona

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar la capacidad de la persona para vestirse</p> <p>Asistir a la persona durante el cambio de ropa respetando su individualidad</p> <p>Brindar educación sobre la importancia de mantener el autocuidado en la higiene personal/ vestido y solicitar al familiar el apoyo necesario (baño, cambio de ropa)</p> <p>Propiciar la autonomía para realizar esta actividad de manera independiente</p>	<p>Permite evaluar el grado de dependencia e independencia con respecto a su autocuidado</p> <p>Es uno de los cuidados básicos de enfermería, comprenden la función de ayudar a la persona a seleccionar debidamente las prendas necesarias y ayudarle también a que haga el mejor uso posible de las mismas. Además de reducir al mínimo el tiempo en que se vea privado de estas</p> <p>Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los personas es una de las funciones del personal de enfermería, pues sabe que en algunas personas el aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica, del grupo del que</p>	<p>Logro vestirse de forma independiente</p> <p>Comprende la importancia de la higiene personal</p>

	<p>procede.</p> <p>La función de ayudar a la persona de cuidar de sí misma y, por último, a independizarse, es un objetivo del cuidado enfermero. Enseñar a una persona a recobrar su independencia en esta actividad diaria es parte de su rehabilitación</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Termorregulación

Dx de ENFERMERIA: Hipotermia relacionado con pérdida del volumen de líquidos manifestado por frialdad de la piel, disminución del llenado capilar

OBJETIVO

- Mantendrá la temperatura en los niveles normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Prevenir un descenso posterior de la temperatura, eliminando la ropa húmeda, proporcionando ropa seca, colocación de cobertor.</p> <p>Utilización de compresas calientes, lámparas de pedestal o chicote</p> <p>Ingesta de líquidos calientes</p> <p>Curva de temperatura</p>	<p>La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre el calor producido o termogénesis y el calor perdido o termólisis. Su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo. La disminución de la pérdida de calor ocurre por vasoconstricción arteriolar, dando como resultado que la piel se torne azulosa, se sienta más fría y menos sensible y el paciente se encuentre aletargado. La estancia prolongada en frío intenso interfiere con el suministro de oxígeno y materias nutritivas, a nivel local puede causar necrosis.</p> <p>La hipotermia puede causar daño cerebral porque deprime los procesos metabólicos.</p> <p>La aplicación de calor alivia el dolor y la tensión muscular. Las lámparas productoras de calor proporcionan calor</p>	<p>La temperatura se mantiene en niveles normales</p>

	<p>constante en una determinada zona del cuerpo. Su acción consiste en aumentar la circulación (hiperemia), con lo que aumenta la oxigenación y la nutrición a los tejidos. Los fomentos calientes se utilizan para proporcionar calor húmedo superficial en situaciones de dolor, espasmo muscular y procesos supurativos</p> <p>La recepción de calor procedentes de fuentes externas puede ser también a través de ingestión de bebidas calientes</p> <p>El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Higiene y protección de la piel

Dx DE ENFERMERIA

Déficit del autocuidado: baño e higiene relacionado con falta de fuerza física manifestado por dificultad para entrar y salir del baño y verbalización de cansancio

OBJETIVO

- Cubrirá el requisito de la higiene personal, ya sea por si misma o asistida por su familiar o agente de cuidado (profesional de enfermería)
- Promover la salud mediante la asesoría del cuidado de la piel para conservarla en optimas condiciones
- Fomentar en la persona y familia la formación de hábitos higiénicos
- Lograr comodidad y bienestar

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Valorar el grado de discapacidad o déficit de autocuidado Brindar educación sobre la importancia de mantener el autocuidado en la higiene personal y solicitar al familiar el apoyo necesario (baño, cambio de ropa, cepillado dental, etc.) Baño de esponja o regadera según sea el caso (asistido) Motivarla para que mantenga su limpieza personal Informar sobre la importancia de la lubricación de la piel	Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los personas es una de las funciones del personal de enfermería, pues sabe que en algunas personas el aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica del grupo del que procede. La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos. El aseo general y con jabón neutro facilita la eliminación mecánica de los microorganismos de la flora bacteriana normal (Staphylococcus aureus, Staphylococcus coagulasa negativo, Escherichia coli y otros organismos	Comprende la importancia de la higiene personal Es capaz de mantener su higiene personal de forma asistida (apoyo de familiar)

<p>Orientar sobre la importancia de realizar ejercicios pasivos</p> <p>Proporcionarle la información necesaria para mantener su propio autocuidado</p>	<p>gramnegativos</p> <p>La eliminación de material orgánico de la cavidad oral previo cepillado, produce una significativa remoción de detritos y placa dentobacteriana.</p> <p>Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de escoriaciones y grietas producidas por falta de grasa.</p> <p>La fricción y el masaje favorecen la circulación sanguínea.</p> <p>La higiene corporal es una de las formas sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx DE ENFERMERIA

Dolor abdominal relacionado con masaje uterino manifestado por verbalización, facies de dolor

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

OBJETIVO

- Disminuirá el dolor
- No presentara infección durante su estancia hospitalaria

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Lavado de manos con técnica adecuada Monitorización de signos vitales (curva de T°) Monitorización del dolor Ministración de medicamentos (analgésicos y antibióticos) según prescripción medica Educar sobre los métodos no farmacológicos de control del dolor, distracción (verbal, auditiva, visual o táctil), respiración rítmica, aplicación de calor o frio etc. Mantener la alineación corporal para aliviar la fatiga muscular Cambios de posición cada dos horas Proporcionar una dieta	El lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades, es una de las medidas de seguridad de la persona El conocimiento de los signos vitales en una persona permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnostico, la elevación de la temperatura es un signo de infección El dolor se refiere a la sensación desagradable <i>sui generis</i> que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales; es un estado de alerta, un indicador de lesión o peligro en el organismos, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos	La persona refiere no presentar dolor, verbalizo la comprensión de métodos eficaces del control del dolor no farmacológico. No presento infección durante su estancia hospitalaria. Es capaz de enumerarlos signos y síntomas de la infección local y sistémica, así como la comprensión de la necesidad de avisar a los responsables del cuidado de la salud rápidamente si existe infección.

<p>nutritiva y adecuada conforme a sus requerimientos</p> <p>Valorar manifestaciones clínicas de infección Informar respecto a los signos de infección</p> <p>Orientar sobre la importancia del baño diario y aseo personal</p>	<p>(International Association for the Study of Pain).</p> <p>La identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor La ministración de un analgésico se basa en la vida plasmática, biodisponibilidad y tiempo de duración del fármaco, así como en la individualidad de la persona.</p> <p>Los antibióticos combaten y controlan el desarrollo microbiano.</p> <p>El control del dolor sin fármacos permite un autocontrol de si mismo sin los efectos colaterales de los medicamentos</p> <p>La colocación del paciente en una posición específica con alineación corporal, la manipulación cuidadosa, el masaje suave y la realización de ejercicios libres de esfuerzos bruscos, disminuyen o anulan el dolor. Los cambios de posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga</p> <p>Satisfacer los requerimientos nutricionales de la persona y mantener en equilibrio el estado</p>	
---	---	--

	<p>nutricional</p> <p>La fiebre, dolor local, edema, exudado mal oliente, ausencia de cicatrización, celulitis, induración en bordes de herida y tejidos adyacentes, son manifestaciones clínicas locales y sistémicas de infección. La detección temprana de la infección facilita un rápido tratamiento.</p> <p>Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en las personas es una de las funciones del personal de enfermería, pues sabe que en algunas personas el aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica del grupo del que procede.</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Comunicarse

Dx. DE ENFERMERIA

Deterioro de la comunicación relacionado con déficit de conocimientos sobre su padecimiento manifestado por ansiedad, angustia

OBJETIVO

- Comprenderá la condición actual de salud y la necesidad de su cooperación para mejorar su salud.
- Demostrará actitudes de tranquilidad y confianza a partir del conocimiento adquirido
- Lograr comodidad y bienestar

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Permitir que la persona exprese sus dudas, temores y necesidades Brindar apoyo emocional Orientar acerca de su padecimiento Mantener un ambiente terapéutico adecuado	La utilización del conocimiento científico y la comprensión del comportamiento humano influyen en la acción terapéutica. El manifestar los sentimientos respecto a cambios en la función corporal es el primer paso para identificar los modos de adaptación a la salud. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales. La evaluación del nivel de comprensión de la persona permite	Disminuye el temor y muestra actitudes de confianza y conocimiento Muestra conductas de aceptación de su padecimiento y participa en el tratamiento

	<p>individualizar la educación sanitaria según la base de conocimientos preexistentes. El promover un comportamiento de adaptación positiva incrementa su autoestima. El ser humano con autoestima elevada está en condiciones de enfrentar dificultades en las esferas; física, psicológica, social y espiritual.</p> <p>Un ambiente terapéutico incrementa las condiciones de tranquilidad y seguridad. Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, acercamiento de artículos personales y de comunicación) que proteja a la persona de riesgos mecánicos, químicos o térmicos.</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Vivir según sus creencias y valores

Dx. DE ENFERMERIA

Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con expresión de deseos de reforzar la esperanza

OBJETIVO

- Mejorar su estado anímico y la fe de acuerdo a sus creencias y valores

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Facilitar a la persona las condiciones necesarias para la práctica de su fe según sus necesidades espirituales</p> <p>Permitir la visita de su guía espiritual cuantas veces lo requiera</p> <p>Apoyar a la persona en la práctica de sus valores, respetando su dignidad y formación humana</p> <p>Apoyo familiar, emocional y escucha activa</p> <p>Identificar la aparición de signos de sufrimiento espiritual</p>	<p>La comprensión, respeto y ayuda a la persona en relación con sus preceptos religiosos en la transición del proceso vital, crisis circunstanciales y de desarrollo, influyen en el control o eliminación de problemas espirituales</p> <p>La utilización de terapias adecuadas a cada caso ayudan a la persona a su encuentro o reencuentro para lograr paz, serenidad, aceptación y dignidad en la medida de sus capacidades y actitudes, así como en sus patrones culturales</p> <p>La escucha activa proporciona un apoyo positivo. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</p>	<p>Mejora su estado anímico</p> <p>La persona muestra conducta de tranquilidad y confianza</p>

	<p>Un diagnostico oportuno sobre sentimientos, emociones, procesos intelectuales y espiritualidad, facilitan la planeación de intervenciones de enfermería con la persona y su familia</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

Dx. DE ENFERMERIA

Desempeño ineficaz del rol relacionado con estancia hospitalaria manifestado por cambio en la capacidad para desempeñar sus actividades en forma adecuada

OBJETIVO

- Recuperara la independencia en su autocuidado y rol familiar
- Fomentar un autoconcepto positivo

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Escucha activa y apoyo emocional</p> <p>Explicar la importancia y causas del tratamiento para recuperar la independencia en su autocuidado</p> <p>Aconsejar y reforzar la actividad física constructiva, a fin de que se sienta como valiosa y útil</p> <p>Enseñar y orientar a la paciente y familia acerca de su autocuidado terapéutico. Orientar a la familia para que apoye emocionalmente a la persona</p>	<p>La escucha activa proporciona un apoyo positivo. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</p> <p>Estimulando al máximo la participación de la persona en la realización de los cuidados, se transmite respeto y se incrementa su sentido de control. El autocuidado fomenta la independencia de la persona y ayuda a promocionar y mantener la autoestima</p> <p>El contacto físico por parte de familiares y amigos disminuye los sentimientos de minusvalía y proporciona cariño, aceptación, pueden apoyar más si conocen la terapéutica a seguir.</p>	<p>La persona se muestra consciente del desempeño del rol</p> <p>Participa en el proceso de toma de decisiones, relacionado con su autocuidado</p>

NECESIDAD: Jugar/ participar en actividades recreativas

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por inactividad, ausencia de relaciones sociales

OBJETIVO

- Participara en actividades recreativas
- Demostrara actitudes y conductas de interacción social durante su estancia hospitalaria

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar la magnitud de aislamiento y establecer lazos de confianza, dar acompañamiento y/o apoyo emocional</p> <p>Motivarla a la socialización y convivencia con familiares, amistades y personal profesional</p> <p>Permitir la realización de terapias ocupacionales o actividades recreativas</p>	<p>La escucha activa proporciona un apoyo positivo. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</p> <p>El contacto físico por parte de familiares y amigos disminuye los sentimientos de minusvalía y proporciona cariño, aceptación, pueden apoyar más si conocen la terapéutica a seguir.</p> <p>Las actividades recreativas proporcionan la oportunidad para cubrir objetivos y sentirse productivo a pesar de su incapacidad. Estas actividades también pueden ayudar a</p>	<p>Participo en actividades recreativas</p> <p>Demuestra conductas y actitudes de interacción social</p>

	promover la relajación y a disminuir el aburrimiento durante los periodos prolongados de descanso en cama.	
--	--	--

NECESIDAD: Aprendizaje

Dx. DE ENFERMERIA

Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con verbalización de deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de su salud

OBJETIVO

- Recuperara la independencia en su autocuidado

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar la comprensión del proceso salud-enfermedad</p> <p>Enseñar y orientar a la persona y familia acerca de su autocuidado</p> <p>Aclarar dudas y enfatizar aspectos importantes</p> <p>Propiciar un ambiente de confianza</p> <p>Mantener la actitud profesional en la relación con la persona y su familia</p>	<p>La evaluación del nivel de comprensión de la persona permite individualizar la educación sanitaria según la base de conocimientos preexistentes.</p> <p>El autocuidado fomenta la independencia de la persona y ayuda a promocionar y mantener la autoestima</p> <p>La orientación sobre el estado de salud actual y tratamiento disminuye el estado de ansiedad</p> <p>Un acercamiento profesional ofrece la sensación de ser considerado como persona, disminuye la resistencia al tratamiento, además de facilitar las intervenciones</p> <p>El profesional de enfermería debe brindar atención centrada en el cuidado que permita a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud</p>	<p>Logro su propio autocuidado</p> <p>Colabora en su tratamiento</p>

8. PLAN DE ALTA

Tanto en el egreso por mejoría como en el voluntario, se requiere de un plan de alta que debe iniciarse desde la admisión de la persona a una institución de salud para consolidar su autoconfianza e independencia mediante la estimulación para continuar con las medidas terapéuticas necesarias y así lograr un óptimo estado de salud; controlar su padecimiento; adaptar su estilo de vida a la pérdida de salud, estructura anatómica o función; o lograr un final en su ciclo de vida con dignidad y calidad. Los objetivos del plan de alta de la persona por mejoría o voluntaria son:

- Ofrecer continuidad de la asistencia en el hogar
- Estimular al paciente en actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales
- Mantener en grado óptimo la actividad física y mental compatible con sus capacidades
- Disminuir al máximo reingresos por complicaciones secundarias

La atención de enfermería que se proporciona a la persona que se marcha del hospital debe ser educativa para fomentar el máximo grado de bienestar en su domicilio además de facilitar los trámites técnico-administrativos para el egreso.

PLANIFICACION DEL ALTA

Criterios para el alta de enfermería

En el momento del alta la documentación demostrara:

- ✓ Signos vitales estables
- ✓ Valores de hemoglobina y leucocitos dentro de parámetros normales
- ✓ Ausencia de complicaciones cardiovasculares y pulmonares
- ✓ Capacidad para tolerar un aporte nutricional adecuado (se recomienda una dieta equilibrada que comprenda alimentos a elección que proporcione cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales, libre de grasa e irritantes, consumo de agua de 2 a 3 litros por día)
- ✓ Ausencia de signos y síntomas de infección (se orienta sobre datos de alarma)
- ✓ Capacidad para deambular y realizar las actividades de la vida diaria (se orienta que evite esfuerzo físico y métodos no farmacológicos de control del dolor)
- ✓ Capacidad para realizar de manera independiente o con un mínimo de ayuda se propio autocuidado (se orienta sobre la importancia de la higiene personal y como llevarla a cabo)

- ✓ Capacidad para cumplir el tratamiento en tiempo y cantidad tanto al paciente como a su familiar (se orienta sobre su tratamiento farmacológico y mantener el manejo terapéutico indicado)
- ✓ Disponibilidad de los servicios de salud (se le informa fecha, hora y lugar, de los trámites a seguir para la próxima cita, se entrega solicitudes de laboratorio, rayos x o estudios posteriores si así lo requiere, se informa que tiene cita abierta a urgencias si presenta datos de alarma)

Posteriormente documentar que la persona y la familia han comprendido :

El propósito del manejo efectivo del régimen terapéutico (dosis, horario, tiempo, efectos colaterales de los medicamentos así como de medidas específicas para su tratamiento).

Aporte nutricional

Valoración del dolor y medidas de alivio

Educación sanitaria a la persona y familia

Signos y síntomas de hemorragia o infección y medidas preventivas

Fecha, hora y lugar de su próxima cita^{39 40 41}

³⁹ Rosales Barrera, et al. "Fundamentos de Enfermería" 3ª ed. Manual Moderno, México D.F. 2004 p.p.155-513

⁴⁰ Uriostegui I. "Diagnósticos de Enfermería Proceso y Aplicación" 2ª ed. Mc. Graw-Hill Nueva York 1987 p.p. 287-499

⁴¹ Nordmark, R.N, et al "Bases Científicas de la Enfermería" 3ª ed. Manual Moderno. México 1979

9. CONCLUSIONES

De acuerdo al Objetivo General

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson con fundamento científico y enfoque humanístico a una persona obstétrica durante el puerperio con atonía uterina en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de Enero-Marzo del 2010.

De acuerdo a los objetivos específicos:

Se realizó el proceso de atención de enfermería con enfoque holístico y se brindaron cuidados de enfermería de forma integral de igual manera permitió la revaloración que mostro que los cuidados brindados fueron los adecuados para corregir los problemas que presentó la persona durante el puerperio.

Me permitió obtener la habilidad y el criterio clínico para el manejo de la persona obstétrica durante el puerperio complicado.

Se identificaron oportunamente los factores de riesgo para posibles complicaciones.

Se documentó la anatomía y fisiología así como la patología, elementos indispensables para el conocimiento sobre este padecimiento

A través de los resultados obtenidos se logró descubrir, analizar y reflexionar la importancia del dominio del Proceso de Atención de Enfermera

Se identificó la importancia de establecer una relación positiva entre la enfermera y el personal para mejorar las condiciones de salud

Su recuperación fue todo un éxito además que toda la atención para revertir el efecto de atonía uterina fue proporcionada por una enfermera de forma muy rápida y de manera independiente demostrando una vez más que la esencia de enfermería es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

La máxima satisfacción y confortamiento que tiene el personal de enfermería, ante los diferentes desenlaces del proceso patológico, es saber que realizó su mayor esfuerzo, sin olvidar que la calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.

10. SUGERENCIAS

Fomentar en el alumno la elaboración del Proceso Atención de Enfermería como requisito de titulación, a fin de que lo utilice como instrumento metodológico que guie la práctica clínica en la planificación y ejecución de los cuidados para brindar una atención profesional de calidad y de la misma manera ampliar los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación profesional, además de propiciar en el alumno la capacidad de resolver problemas relacionados con el cuidado de la salud.

11. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alfaro R. "Aplicación del Proceso de Enfermería". Doyma S.A. Barcelona España. 1998
- 2.- Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería. "Manual de Diagnósticos". Subdirección de Enfermería de la Secretaría de Salud México 2009
- 3.- "El Proceso de Atención de Enfermería" (sitio de Internet) Disponible en: <http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14
- 4.- Fernández Ferrín C, et al. "El Proceso Atención de Enfermería". Estudio de casos 1ª ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Tiassan Salvat.1998
- 5.- Fundamentos Teóricos de Enfermería "El Método Enfermero". Unidad 4
- 6.- Gómez López, et al. "Manual de Obstetricia II" Procesos que alteran la reproducción humana. Editorial Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia México 2008
- 7.- Heather H, et al. "Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011" Elsevier, Barcelona España 2010
- 8.- Jiménez Trujano L, et al. "Antología de Obstetricia II" Editorial Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México 2008
- 9.- Keith L.M, et al. "Anatomía con Orientacion Clínica" 6ª ed. Wolters Kluwer/ Williams & Wilkins, Barcelona España 2010
- 10.- Mendoza Colorado C. et al "Antología Obstetricia I". Editorial Escuela de Enfermería y Obstetricia, México 2009
- 11.- Mondragón Castro H. "Obstetricia Básica Ilustrada". Trillas. Reimpresión 1997
- 12.- Nordmark, R.N, et al "Bases Científicas de la Enfermería" 3ª ed. Manual Moderno. México 1979
- 13.-Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicación Oficial de la Dirección de Prestaciones Medicas. Vol. 17 N. 1 Enero- Abril 2009
- 14.- Rodríguez Sánchez B.A. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar México D.F.
- 15.- Rosales Barrera, et al. "Fundamentos de Enfermería" 3ª ed. Manual Moderno, México D.F. 2004

16.- Ruby. L, et al. “Teorías y Modelos de Enfermería” 2ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F. 1997

17.- Uriostegui I. “Diagnósticos de Enfermería Proceso y Aplicación”. 2ª ed. Mc. Graw-Hill. Nueva York 1987

12. ANEXOS

HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA (O) SEGÚN EL MODELO DE VIRGINA HENDERSON

Nombre: _____ Edad _____

Sexo _____

Estado civil _____ Religión _____

Etnia _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Cual es su objetivo de salud _____

Hospitalizaciones previas _____

Motivo de ingreso _____

Está tomando medicamentos _____

Signos vitales _____ Pulso _____ Resp. _____ Ten. _____ Art. _____

Familia No. De miembros _____ con quién vive _____

Problemas de relación con la familia, Sí _____ No _____
Porqué _____

1.- OXIGENACIÓN

Estilo de vida. Sedentaria _____
Activa _____

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea)

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad.

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración.

Cuantos cigarrillos fuma al día, desde cuándo _____

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, Hipertensión, anemia, Várices.

Otros. _____

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo _____ con ayuda _____

Horario y número de comidas habituales _____

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día _____

Preferencias o desagradados _____

Patrones de aumento/pérdida de peso _____

Suplementos de alimentación _____

Conocimiento de factores que favorecen la digestión _____

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez _____

Medidas para purificar el agua hierva, desinfecta, garrafón. _____

Revisión. Peso _____ talla _____ boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir.

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas.

Otros. _____

3.- ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces _____ orina

Color, consistencia, Heces _____ orina

Ardor o dolor al evacuar (_____) (_____) orinar (_____) (_____) _____

Estreñimiento, (_____) hemorroides, (_____) dolor mensual, (_____) _____

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, hernias, estomas.

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. _____

Otros. _____

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre. _____

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura. (ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). _____

Limitaciones en la deambulaci3n. _____

Postura habitual en relaci3n al trabajo. _____

Dolor muscular, inflamación de articulaciones. Defectos óseos.

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos. _____

Otros. _____

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta, _____

Alteraciones por estados emocionales. _____

Uso de reductores de tensión. _____

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos. _____

Otros. _____

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. _____

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. _____

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. _____

Otros. _____

7.- TERMORREGULACIÓN

Se protege en los cambios de temperatura. _____

Sensibilidad extrema al frío o al calor.

Qué valor le dá a: comida, ropa y manejo adecuados en el control de la temperatura. A otras medidas físicas.

Otros. _____

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia.

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc.

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema.

Mucosa Oral. Íntegra, deshidratada, hidratada.

Otros. _____

9.- EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. _____

Recursos de salud. Manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación. _____

Autoexamen de mama y testículos. _____

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. _____

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales.

Otros. _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. _____

Relaciones con la familia y con otras personas. _____

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc).

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. _____

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad.

Otros. _____

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. _____

Frecuencia de algún servicio religioso. _____

Valores que ha integrado en su estilo de vida. _____

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud.

Creencias religiosas significativas en este momento.

Otros. _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. _____

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. _____

La enfermedad. Qué tipo de problemas le ha traído. _____

Psicológicos, económicos, laborales, otros. _____

Auto concepto positivo/negativo de sí mismo. _____

Capacidad de decisión y de resolver problemas. _____

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. _____

Otros. _____

13.- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre.

La última vez que participo en actividades de este tipo. _____

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. _____

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen. _____

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación.

Otros. _____

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. _____

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. _____

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. _____

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. _____

Otros. _____