



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE CON PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

PERLA BEATRIZ DELGADILLO MONTIEL

No. CTA. 9861079-6

DIRECTOR DE TRABAJO: MERLA M. DE LOS ANGELES GARCÍA ALBARRÁN



MEXICO, D. F.

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
I-MARCO TEORICO	
1.-HISTORIA	1
2.-PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	2
3.-OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	2
4.- ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	3
4.1.-VALORACIÓN	3
4.1.1.-METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	5
4.2.- DIAGNOSTICO	11
4.2.1.-TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	13
4.3.- PLANEACIÓN	18
4.3.1.- ETAPAS DE PLANEACIÓN	19
4.4.- EJECUCIÓN	23
4.5.- EVALUACIÓN	25
5.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA H	26
5.1.- LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS	29
5.2.- LA SALUD, INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD	30
5.3.- ROL PROFESIONAL, CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA	32
5.4.- APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	33
6.- TAXONOMIA DIAGNOSTICA DE LA NANDA	34
6.1.- LISTA DIAGNOSTICA TAXONOMIA DE LA NANDA	36
7.-CAMBIOS ANATOMO-FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO	41
8.-CAMBIOS ANATOMO-FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO	47
9.-APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	54
CONCLUSIONES	81
ANEXOS	82
GLOSARIO	97
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El proceso de enfermería es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidado actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas.

El análisis e interpretación de los datos en el proceso de cuidado nos permite formular los diagnósticos de enfermería, es aquí donde adquiere sentido la formulación de los objetivos, la planificación de las intervenciones adecuadas para su ejecución

Todo cuidado de enfermería obliga a encontrarse con lo desconocido de los seres humanos, para aprender y comprenderlos y buscar con ellos las estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

El presente trabajo contiene la historia, el concepto, el objetivo, la organización y descripción de las etapas que conforman al Proceso de Atención de Enfermería, también se incluye cambios anatómo-fisiológicos durante el embarazo y puerperio, así como la presentación de un caso clínico de una paciente en puerperio fisiológico inmediato del Servicio de Hospitalización en el Hospital General Otumba

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un proceso de atención de enfermería, encaminado a descubrir los problemas que causan dependencia en una paciente en puerperio fisiológico inmediato en el Hospital General Otumba, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson con la finalidad lograr la satisfacción de sus necesidades Biológicas, Psicológicas, Sociales y Espirituales para lograr su independencia total.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Aplicar el modelo de Virginia Henderson para contribuir a la pronta independencia de una paciente en puerperio fisiológico inmediato
- Identificar los problemas de Alto Riesgo que causarían dependencia en la paciente para prevenir o reducir el daño los mismos.
- Elaborar un Proceso Atención Enfermería que sirva de guía para proporcionar cuidados a la paciente en puerperio fisiológico inmediato en el servicio de Hospitalización

I.- MARCO TEORICO:ASPECTOS CONCEPTUALES.

PROCESO DE ENFERMERIA.

1.- HISTORIA.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron autores del primer texto en el que se escribía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA (Asociación Americana de enfermería) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.¹

¹ W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. "Proceso y Diagnostico de enfermería." Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición. Pág. 9.

2.- CONCEPTO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación- en los cuales la enfermera realiza acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.²

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud.³

3.- OBJETIVO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las

² ALFARO, Rosalinda "Aplicación del proceso de Enfermería" Guía práctica, 2ª Edición, Doyma, Barcelona España, 1998 pág. 3

³ P.W. Iyer, Op.cit . Página 11.

observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.⁴

4.- ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas:

- VALORACION.
- DIAGNOSTICO.
- PLANIFICACION.
- EJECUCION.
- EVALUACION.

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.⁵

4.1. VALORACION.

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en que consiste el problema. Por lo tanto, la primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración.

En esta etapa se reúne y examina la información procedente del paciente, familia y comunidad sobre problemas de salud, comienza cuando el

⁴ Ibidem

⁵ P.W. Iyer, Op.cit . Página 13

paciente ingresa a las unidades hospitalarias, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o el estado de salud del mismo y describir sus capacidades y problemas. Consta de dos componentes:

- 1.- Recolección de datos.
- 2.- Documentación.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos. Durante esta fase los datos proceden de diferentes fuentes las cuales se clasifican en primarias y secundarias.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas de Maslow que las describió en cinco niveles: fisiológicas, de inocuidad o seguridad, sociales, de estima y de autorrealización.⁶

Richard Kalish mejoro aun más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos.

⁶ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 7

Kalish identificó las necesidades de supervivencia como las relacionadas con alimentos, aire, agua, temperatura razonable, eliminación, descanso y supresión de calor. Cuando se produce un déficit en cualquiera de estas áreas, el cliente tiende a utilizar todos sus recursos disponibles para satisfacer esa necesidad en concreto. Sólo entonces podrá preocuparse por necesidades de un nivel más elevado, como la inocuidad o la estima.

Este autor sugiere que entre las necesidades de estimulación se encuentran las relacionadas con el sexo, la actividad, la exploración, la manipulación y la innovación. Cuando están satisfechas las necesidades de supervivencia, el cliente intentara satisfacer las necesidades de estimulación antes de ascender en la jerarquía.⁷

4.1.1.- METODOS DE RECOLECCION DE DATOS.

La enfermera utiliza técnicas e instrumentos que le proporcionan los datos en forma sistematizada para el diagnóstico y la elaboración del plan de atención de enfermería, las cuales son:

- LA ENTREVISTA.
- OBSERVACION.
- EL EXAMEN FISICO.
- HISTORIA CLINICA.⁸

Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física,

⁷ P.W. Iyer, Op.cit . Página 15

⁸ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 11

los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.⁹

ENTREVISTA.

La entrevista es una técnica observacional. Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolló en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. La enfermera se enfoca en el paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y sus metas. Con esto, la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud. La información obtenida se incorpora al plan de cuidados de enfermería.

Con esta técnica se podrán recopilar los testimonios orales de la paciente y sus familiares.

Esta técnica de captación de datos, se refiere a un encuentro previsto entre el o los investigadores y la o las personas a investigar.¹⁰

LA ENTREVISTA CONSTA DE TRES SEGMENTOS:

- INTRODUCCION.
- CUERPO.
- CIERRE.

⁹ Ibidem

¹⁰ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 12

INTRODUCCION.

En la fase introductoria, profesional de enfermería y paciente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el cliente; por tanto, sería conveniente compartir introducciones

CUERPO.

Durante esta segunda parte de la entrevista, enfoque el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del cliente, añadiéndose después otras áreas como la historia medica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.

CIERRE.

Es la fase final de la entrevista. La enfermera intentara terminar la entrevista en forma que transmita afecto y agradecimiento.¹¹

TIPOS DE ENTREVISTA.

NO ESTRUCTURADA.

Tiene un marco de flexibilidad dentro del cual se puede mover la entrevista facilitando la sencillez, espontaneidad y accesibilidad de entrevistador y entrevistado.

¹¹ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 13

ESTRUCTURADA.

En esta técnica se cuenta con instrumentos de captación, por tanto resulta más precisa, concreta y objetiva.

Cuando se estructura una entrevista, se aconseja que esta tenga una secuencia lógica en las preguntas, que sea intencionada, de tal manera que resulte objetiva y permita respuestas concretas.¹²

OBSERVACION

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables

Una descripción minuciosa de lo observado, es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos. La enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacciones, del color y cantidad del material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal. La audición es otro medio principal de observación. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Atraves del tacto puede infundírsele al paciente una sensación de estima al tocarlo, al mismo tiempo la enfermera puede advertir si su piel esta caliente o fría, además puede determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

La enfermera debe adquirir habilidad para observar signos y síntomas, aparentes o no, de los problemas. Los síntomas son objetivos o subjetivos.

¹² Ibidem

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuada por si misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es su única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada. Un estudio de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo los aspectos físicos, un enfoque más detallado es el uso de la palabra DALES-PAC, un acrónimo que representa un proceso para llevar a cabo una evaluación sistemática. DALES-PAC significa lo siguiente: “D” Dolor; “A” Alimentación; “L” Líquidos; “E” excreta, ejercicio, estado general, “S” socialización, sentidos especiales, “P” higiene personal, postura, piel; Aireación;”C” circulación, control y coordinación neuro-muscular.¹³

EXPLORACION FISICA.

La exploración física profesional de enfermería se concentra en:

La mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad, especialmente aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.

El establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción profesional de enfermería cliente.¹⁴

¹³ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 15

¹⁴ *Ibidem*

TECNICAS DE EXPLORACION FISICA.

Durante la exploración se utilizan cuatro técnicas concretas:

- INSPECCION.
- PALPACION.
- PERCUSION.
- AUSCULTACION.

INSPECCIÓN.

Exploración visual de un paciente para determinar estados o respuestas normales y no habituales o anormales.

PALPACIÓN.

El uso del tacto para determinar características de estructuras del organismo.

PERCUSION.

Golpear una superficie del cuerpo con lo dedos para producir sonidos.

AUSCULTACION.

Escuchar los sonidos producidos por el organismo sólo con el oído o con un estetoscopio ¹⁵

¹⁵ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 16

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Con este instrumento se podrán obtener los datos importantes del padecimiento específico y general, y del estado psicológico y socioeconómico del paciente, para definir y jerarquizar sus problemas.

Elaborar una historia clínica a través de la entrevista con el paciente le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación enfermera - paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y de observar el estado y comportamiento de éste.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas reales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida otros miembros del equipo de salud.

Cierta información puede registrarse al lado del paciente encamado; después pueden añadirse otros datos.¹⁶

4.2 DIAGNOSTICO.

Obtenida la información necesaria, se determinan las capacidades y problemas de salud reales y potenciales. También determinara que problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud.

¹⁶ MERINER, Ann . "El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico". Traducción de la 2ª Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pág. 26

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa.¹⁷

CONCEPTO “DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA”

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera¹⁸

CONCEPTO “PROBLEMA INTERDEPENDIENTE”

Es un juicio clínico sobre las respuestas fisiopatológicas del organismo a problemas de salud reales o de riesgo donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario¹⁹

¹⁷ MERINER, Ann Op. cit pag. 29

¹⁸ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 19

¹⁹ *Ibidem*

Similitudes y diferencias entre un Diagnóstico de Enfermería y un problema Interdependiente.²⁰

	Diagnóstico Enfermero	Problema Interdependiente
Es un:	Juicio Clínico	Juicio Clínico
Centro de Atención	Respuesta Humana	Respuesta Fisiopatológica
Principal Responsable	Enfermera (o)	Médico
Funciones de Enfermería	Independientes	Interdependientes

4.2.1 TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

El diagnostico de enfermería es tanto una estructura como un proceso. La estructura de un diagnostico de enfermería (sus componentes) depende de su tipo:

- REAL.
- ALTO RIESGO.
- POSIBLE.
- DE BIENESTAR O DE SÍNDROME.²¹

²⁰ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 20

²¹ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 22

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL.

Un diagnostico de enfermería real representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características definitorias principales identificables. Este tipo de diagnostico de enfermería tiene cuatro componentes:

- Enunciado.
- Definición.
- Características que lo definen.
- Factores relacionados.²²

ENUNCIADO.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y de las características que lo definen. Siempre que sea posible, debe contener un calificador preciso, como alteración, deterioro, déficit, inefectivo o disfuncional en lugar de un modificador mas vago y subjetivo, como inadaptado, escaso o inadecuado. El termino real no forma parte del enunciado de un diagnostico de enfermería real.

DEFINICION.

Al expresar un significado claro y preciso del diagnostico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnostico particular de otros similares. La definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen.

²² *Ibidem*

CARACTERISTICAS QUE LO DEFINEN.

En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto, apuntan a ese diagnóstico.

- principales.
- Secundarias.

FACTORES RELACIONADOS.

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías; fisiopatológicos (biológicos o psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales o personales) y de maduración.²³

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON ALTO RIESGO.

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase potencial de, actualmente todos los diagnóstico de enfermería potenciales comienzan por Alto riesgo de.

²³ *Ibidem*

ENUNCIADO.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente va precedido por el término Alto riesgo.

DEFINICION.

Como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferencia entre diagnósticos similares.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

FACTORES RELACIONADOS.

Los factores relacionados para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo son los mismos factores de riesgo previamente explicados.²⁴

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POSIBLES

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en muchos diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados.

²⁴ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 23

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes que constan de:

- El diagnóstico de enfermería posible.
- Los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico.²⁵

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR.

Según la NANDA; un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos:

- Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- Estados o función actuales eficaces.

Este comienza con “Potencial de favorecer” seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desean.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE SINDROMES

Los diagnósticos de enfermería de síndromes son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica, síndrome traumático de violación.²⁶

²⁵ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 24

²⁶ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag. 25

4.3 PLANEACION

Una vez identificadas las capacidades y problemas, se comienza a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos.²⁷

²⁷ MERINER, Ann Op. cit pag. 47

4.3.1 ETAPAS DE LA PLANEACION

LA PLANEACION CONSTA DE CUATRO ETAPAS.

- 1.- ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.
- 2.- ELABORACION DE OBJETIVOS.
- 3.- DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.
- 4.- DOCUMENTACION DEL PLAN ²⁸

PRIMERA ETAPA. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

- ¿Que problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Que problemas deben abordarse en el plan de cuidados?
- ¿Que problemas deban derivarse?

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo más habitual para el establecimiento de prioridades es la jerarquía de necesidades, desarrollada por Maslow y modificada por kalish

- NECESIDAD DE SUPERVIVENCIA.
- NECESIDAD DE ESTIMULACION.
- SEGURIDAD.
- AMOR Y PERTENENCIA.
- AUTORREALIZACION.

²⁸ Ibidem

SEGUNDA ETAPA: REDACCION DE OBJETIVOS.

¿Qué es exactamente lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir y en que momento esperan lograrlo?

Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del Proceso de Enfermería. También se pueden llamar objetivos, meta y objetivos de la conducta.

Los objetivos se deben obtener de los diagnósticos de enfermería. Igualmente, deben ser mensurables, formulados por el cliente y los prestadores de asistencia sanitaria, realista y realizable, incluir cálculos de tiempo y marcar la dirección para la continuidad de la asistencia. Los objetivos se pueden referir a respuestas individuales, incluyendo aspecto y funcionamiento del cuerpo, síntomas específicos, conocimientos, habilidades psicomotoras y estado emocional. La consideración de estos factores permitirá al profesional de enfermería formular objetivos que sean individualizados y continuar el proceso de enfermería desarrollando intervenciones para su consecución y evaluar su eficacia.

A continuación se mencionan las directrices para la formulación de objetivos:

- 1.-Los objetivos se obtienen de los diagnósticos de enfermería.
- 2.-Los objetivos se documentan como metas mensurables.
- 3.-Los objetivos se formulan conjuntamente con el cliente y los prestadores de la asistencia sanitaria, cuando sea posible.
- 4.-Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del cliente.
- 5.-Los objetivos son realizables en relación con los recursos disponibles del cliente.

6.-Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su consecución.

7.-Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia.²⁹

ETAPA TRES: DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA.

DEFINICION.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basa en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- INDEPENDIENTES.
- INTERDEPENDIENTES.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES.

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES.

Actuaciones independientes son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividad que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente está definida por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.³⁰

²⁹ MERINER, Ann Op. cit pag. 48

³⁰ MERINER, Ann Op. cit pag. 49

ETAPA CUATRO: DOCUMENTACION DEL PLAN.

La cuarta etapa y final de la fase de planificación es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

DEFINICION.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre paciente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico.

El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados adecuados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.³¹

OBJETIVO.

El plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria.

³¹ *Ibidem*

Además, proporciona unas normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.

CARACTERISTICAS.

Independientemente del marco en el que estén escritos, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables, como son:

- Están escritos por enfermeras tituladas universitarias.
- Son iniciados después de la primera interacción con el paciente.
- Fácilmente accesibles.
- Actual.³²

4.4 EJECUCION

DEFINICION.

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones

s de enfermería que ayudan al cliente a conseguir objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al Problema del paciente.³³

³² RODRIGUEZ. Berta, S, "Proceso Enfermero aplicación Actual" 2ª Edición Cuellar Guadalajara Jalisco México 2002 pag 72 -

³³ RODRIGUEZ. Berta op. cit. Pag 75

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- 1.- PREPARACION.
- 2.- INTERVENCION.
- 3.- DOCUMENTACION.³⁴

Durante esta etapa se pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

1.- Valorar el estado actual del paciente.

¿El plan de cuidados escrito continúa siendo el apropiado?

¿Hay nuevos problemas?

¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?

2.-Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.

3.- Seguir valorando al paciente.

Determinar las respuestas iniciales a sus acciones.

¿Cuál ha sido la respuesta?

¿Es la que se esperaba?

¿Hubo alguna variación?

¿Tiene que cambiar algo?

Para introducir cambios no tiene que esperar al momento fijado formalmente para la evaluación si es obvio que debe hacerlos hoy.

³⁴ *ibidem*

4.- Comunicar y anotar.

Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional. Anotar las actividades de enfermería, la respuesta del paciente y otros datos significativos de valoración. Una sola enfermera no estará allí las 24 h del día y las demás enfermeras con profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y como está actuando el plan de cuidados.³⁵

4.5 EVALUACION.

La evaluación es el proceso de valorar:

- 1.- El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.
- 2.- La calidad de atención que recibe la paciente en una institución hospitalaria.
- 3.- La calidad de la atención de enfermería individual a través de la auto evaluación, así como el desempeño personal completo.

Es la última etapa del proceso de enfermería. Es un proceso continuo para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos.³⁶

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

¿Ha aparecido algún problema nuevo?

³⁵ Ibidem

³⁶ RODRIGUEZ. Berta op. cit. Pag 77

- ¿Hay nuevas prioridades de cuidados que requieran objetivos distintos?
- ¿Se han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación?
- ¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio?
- ¿Debería fijar nuevos objetivos?
- ¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcionase?
- ¿Podía haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?
- ¿Reconoce que ha habido logros?
- ¿Ha reforzado con éxito las estrategias de auto cuidado?
- ¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso, ¿por qué no los han logrado? ¿Los objetivos eran realistas? ¿El paciente estaba de acuerdo con ellos? ¿Aun son importantes los objetivos? ¿Ha tenido tiempo suficiente? ¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿Se prescribieron las intervenciones adecuadas? ¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿Qué cambios va a introducir?³⁷

5.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras

³⁷ Ibidem

que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la practica de la profesión.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:³⁸

PERSONA.

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una sola unidad.

³⁸ GARCIA, Gonzáles Ma de Jesús "El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson" 1ª Edición, Editorial Progreso México 1998 pag 55

SALUD.

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

“La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 15 componentes del cuidado de enfermería)

“Es la calidad de la salud mas que la vida en si misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite e una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial mas alto de satisfacción en la vida”

FUERZA

La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud

VOLUNTAD

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitada por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

CONOCIMIENTO

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación o rehabilitación.

ENTORNO

El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia “la enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.³⁹

5.1 LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un 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 y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:⁴⁰

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

³⁹ Ibidem

⁴⁰ GARCIA, Gonzáles, op. cit pag 57

3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de moverse y Mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.⁴¹

5.2 LA SALUD. INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

⁴¹ Ibidem

- Falta de fuerza.
- Falta de conocimiento.
- Falta de voluntad.⁴²

INDEPENDENCIA.

Capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA.

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

⁴² GARCIA, Gonzáles, op. cit pag 58

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

- **Falta de fuerza.**
- **Falta de conocimientos.**
- **Falta de voluntad.**⁴³

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.⁴⁴

5.3 ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA Y EL EQUIPO DE SALUD.

CUIDADOS BASICOS.

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

⁴³ GARCIA, Gonzáles, op. cit pag 60

⁴⁴ Ibidem

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella “en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.⁴⁵

ENTORNO.

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influncian.⁴⁶

5.4 APLICACIÓN DEL MODELO DE V. HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

⁴⁵ GARCIA, González, op. cit pag 62

⁴⁶ *Ibidem*

1.- En las etapas de **VALORACION Y DIAGNOSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible.⁴⁷

6.- TAXONOMIA DIAGNOSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON.

De acuerdo con el modelo de V. Henderson, la identificación de los problemas de salud de la persona en los que la enfermera tendría una

⁴⁷ Ibidem

intervención autónoma, se obtendría interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se hayan obtenido en la fase de valoración de las 14 Necesidades Básicas.

CARACTERÍSTICAS Y CLASES DE DIAGNOSTICOS.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

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.⁴⁸

⁴⁸ NANDA .Diagnósticos Enfermeros Definiciones 4 clasificación 2003 2004 286 pag

6.1 LISTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

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

01. RESPIRAR.

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

02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

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

03. ELIMINAR.

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

04. MOVERSE.

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

05. DORMIR Y REPOSAR

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

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de auto cuidado: vestido/acicalamiento.

07.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES

NORMALES

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

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

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

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual efectivo.
- Alto riesgo de auto mutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.

- No seguimiento del tratamiento)especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

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

11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

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

12. PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE.

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

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar).⁴⁹

⁴⁹ NANDA .Diagnósticos Enfermeros Definiciones 4 clasificación 2003 2004 286 pag

7.-CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a los órganos genitales y glándulas mamarias, que presentan importantes cambios anatomofisiológicos.⁵⁰

CAMBIOS EN EL ÚTERO

Estudios recientes señalan que el músculo uterino pertenece a una variedad específica de tipo sincicial que durante la gestación permite que ocurra un incremento muy grande en su tamaño y capacidad; de ser un órgano de 8 cm. de longitud con una capacidad de 10 a 20 ml en su cavidad y 60 grs. de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm., un peso de 800 a 1200 grs., y una capacidad de 6 a 8 litros en su interior, es decir, aumenta más de 500 veces su capacidad original; así se forma un recipiente muscular que contiene al feto, a la placenta y al líquido amniótico.⁵¹

CAMBIOS EN EL CERVIX

Durante el embarazo se produce un ablandamiento y una cianosis importantes del cuello uterino, que a menudo ya es posible demostrar a un mes después de la concepción, los factores responsables de estos cambios son el aumento de la vascularización y el edema de la totalidad del cuello uterino, juntamente con la hipertrofia y la hiperplasia de las glándulas cervicales, durante el embarazo se producen una serie de modificaciones en el moco cervical que da lugar a la producción del tapón mucoso.⁵²

CAMBIOS EN LOS OVARIOS Y TROMPAS DE FALOPIO

Función ovárica: la ovulación se interrumpe durante el embarazo y se suspende la maduración de nuevos folículos. Normalmente, sólo es posible detectar un cuerpo amarillo del embarazo en los ovarios de mujeres embarazadas, en consecuencia, es muy probable que el cuerpo amarillo del

⁵⁰ MCDONAL Cunningham "Obstetricia" 20 Edición Editorial Panamericana Pág. 499

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem

embarazo funcione con máxima intensidad durante las primeras 5 a 7 semanas de gestación y que a partir de entonces contribuya relativamente poco a la producción de progesterona. En el embarazo es frecuente encontrar una reacción decidual, fenómeno que se puede comprobar mediante una operación cesárea, el enorme calibre de las venas ováricas visualizadas durante la operación constituye un hallazgo notable.

Trompas de Falopio: La musculatura de las trompas de Falopio experimenta un escaso grado de hipertrofia durante el embarazo, el epitelio de la mucosa tubaria se encuentra aplanado durante la gestación, comparado con el de la mujer no embarazada.⁵³

CAMBIOS EN LA VAGINA Y PERINE

Durante el embarazo se encuentra un aumento en la vascularización y el desarrollo de hiperemia en la piel y en los músculos perineales y vulvares y se produce un ablandamiento del tejido conectivo que normalmente es abundante en estas estructuras, el aumento de la vascularización afecta sobre todo a la vagina. La secreción vaginal copiosa y el característico color violeta de la vagina durante el embarazo (signo *de Chadwick*) son consecuencias principalmente de la hiperemia, las paredes vaginales experimentan alteraciones significativas, que se supone que constituirían una preparación para la distensión que tiene lugar durante el trabajo de parto.

Secreciones vaginales: El aumento considerable de las secreciones cervicales y vaginales durante el embarazo consiste en un material espeso de color blanco. El pH de la secreción es ácido (varia entre 3.5 y 6) como consecuencia del aumento de la producción de ácido láctico a partir del glucógeno en el epitelio vaginal por la acción del *Lactobacillus acidophilus*.⁵⁴

CAMBIOS EN LA PARED ABDOMINAL Y PIEL

Estrías de embarazo: En los últimos meses del embarazo es común el desarrollo de estrías rojizas y ligeramente deprimidas en la piel del abdomen y a veces en las de las mamas y los muslos en aproximadamente la mitad de las mujeres: En las multíparas con frecuencia se observan, además de

⁵³ Ibidem

⁵⁴ MCDONAL Cunningham op.cit 500

las estrías rojizas del embarazo se encuentran líneas plateadas y brillantes que representan las cicatrices de estrías previas.

Diastasis de los rectos: En ocasiones los músculos de la pared abdominal no toleran la tensión a lo cual son sometidos y los músculos rectos se separan en la línea media, con la creación de una diastasis de grado variable de estos músculos: En los casos severos, una fracción considerable de la pared uterina anterior se encuentra cubierta solamente por una sola capa de piel, fascia atenuada y peritoneo.

Pigmentación: En numerosas mujeres la línea media de la piel abdominal adquiere un aspecto muy pigmentado de un color pardo negruzco (línea negra) en ocasiones se observan maculas irregulares de tamaño variable en cara y cuello, estas manchas se conocen con el nombre de cloasma o melasma gravídico, afortunadamente estas maculas desaparecen o remiten de manera considerable después del parto.⁵⁵

CAMBIOS EN LAS MAMAS

En las primeras semanas del embarazo a menudo se observa hipersensibilidad y hormigueo mamarios. Después del segundo mes de gestación las mamas aumentan de tamaño y devienen nodulares como resultado de la hipertrofia de los alvéolos mamarios. A medida que aumentan de volumen es posible apreciar venas tenues inmediatamente debajo de la piel. Los pezones se tornan más grandes, más pigmentados y más eréctiles. Después de los primeros meses con frecuencia es posible obtener un líquido espeso y amarillento, El calostro, en este momento las aréolas devienen más anchas e intensamente pigmentadas⁵⁶

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

ALTERACIONES METABOLICAS

Aumento de peso: La mayor parte del aumento de peso que se produce durante el embarazo es atribuible al útero y a su contenido, las mamas y a los aumentos de volumen sanguíneo y del compartimiento líquido extravascular: Una fracción más pequeña de este aumento es consecuencia de alteraciones metabólicas que conducen a un aumento de la cantidad de agua celular y al depósito de nuevas grasas y proteínas que constituyen la llamada reserva materna

Metabolismo del agua: El aumento de retención de agua representa una alteración fisiológica normal del embarazo: Este fenómeno es mediado, al menos en parte, por un descenso en la osmolaridad.⁵⁷

ALTERACIONES HEMATOLOGICAS EN EL EMBARAZO

Volumen Sanguíneo : El volumen sanguíneo materno aumenta significativamente durante el embarazo, el volumen sanguíneo al término del embarazo tiene un promedio aproximadamente de un 40 a 45% mayor que en las mujeres no embarazadas, la hipervolemia inducida por el embarazo es necesaria para cubrir las demandas del útero grávido con su sistema vascular sumamente hipertrofiado; para proteger a la madre y por lo tanto al feto, de los efectos deletéreos de la disminución del retorno venoso en las posiciones supina y erecta y, una función de gran importancia, para proteger a la madre de los efectos adversos de la pérdida de sangre asociada con el parto.

Concentración de hemoglobina y hematócrito: Además del aumento de la eritropoyesis, las concentraciones de hemoglobina y eritrocitos, así como el hematocrito disminuyen ligeramente durante el embarazo normal, en consecuencia la viscosidad sanguínea disminuye⁵⁸

⁵⁷ MCDONAL Cunningham op.cit pag 501

⁵⁸ Ibidem

CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Corazón: La frecuencia cardiaca en reposo aumenta de 10 a 15 latidos por minuto durante el embarazo, a medida que el diafragma se eleva, el corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba y de manera simultánea rota levemente sobre su eje longitudinal. Esto trae como consecuencia un ligero desplazamiento lateral de la punta del corazón con respecto a su posición en el estado de no embarazo

Volumen minuto cardiaco: Durante el embarazo disminuye la presión arterial y la resistencia periférica y aumenta el volumen sanguíneo, el peso corporal y el índice metabólico basal materno. Teóricamente todos estos cambios pueden afectar el volumen minuto cardiaco. Sabemos que el volumen minuto cardiaco en reposo, determinado en decúbito lateral, aumenta de manera significativa a partir de una fase temprana del embarazo. El volumen minuto cardiaco continúa aumentado y permanece elevado durante el resto del embarazo.⁵⁹

CAMBIOS EN EL TRACTO RESPIRATORIO

Alteraciones anatómicas: El diafragma asciende aproximadamente 4 cm. durante el embarazo, la circunferencia torácica aumenta cerca de 6 cm..

Función pulmonar: En cualquier estadio del embarazo normal, la cantidad de oxígeno ofrecida a los pulmones por el aumento de volumen corriente excede ampliamente la demanda de oxígeno impuesta por el embarazo, además durante la gestación normal se produce un aumento significativo de la cantidad de hemoglobina circulante y por lo tanto de la capacidad total de transporte de oxígeno y del volumen minuto cardiaco. La frecuencia respiratoria se modifica escasamente durante el embarazo.

⁵⁹ Ibidem

CAMBIOS EN EL SISTEMA URINARIO

El riñón: El embarazo se asocia con numerosos cambios significativos del sistema urinario, el tamaño renal aumenta ligeramente.

Pruebas de función renal: Durante el embarazo se observa una disminución de los niveles plasmáticos de creatinina y urea como resultado del aumento del índice de filtración glomerular. Durante el día, las mujeres embarazadas tienden a acumular agua en forma de edema en las zonas de declive, durante la noche en posición acostada, este líquido se moviliza y es excretado por los riñones. Esta inversión del patrón diurno del flujo urinario que se observa comúnmente en las personas no embarazadas provoca nocturia y la dilución de la orina es mayor que en las mujeres no embarazadas

La vejiga: Se producen cambios anatómicos significativos de la vejiga, hacia el final del embarazo, sobretudo en mujeres nulípara en quienes la parte de presentación a menudo a veces encaja antes del comienzo del trabajo de parto, toda la base de la vejiga es desplazada hacia delante y arriba, lo que determina que la superficie normalmente convexa se torne cóncava, existe un escaso volumen de orina residual en las mujeres nulíparas, pero en ocasiones este volumen se aumenta en múltiparas y se produce relajación de las paredes vaginales y cistocele.⁶⁰

CAMBIOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL

A medida que avanza el embarazo, el estómago e intestinos son desplazados por el útero que aumenta de tamaño. El vaciamiento gástrico y los tiempos de tránsito intestinal se encuentran retardados en el embarazo. La pirosis una sensación frecuente durante el embarazo, muy probablemente se deba al reflujo de secreciones ácidas hacia el tercio inferior del esófago. Es posible que el cambio posicional del estómago contribuya a la alta frecuencia de este síntoma, sin embargo, también se observa una disminución del tono del esfínter esofágico inferior. Durante el embarazo las encías pueden tornarse hiperémicas y más blandas, lo que determina un sangrado fácil frente a traumatismos leves, por ejemplo el producido por el cepillado dental.

⁶⁰ Ibidem

Las hemorroides son relativamente frecuentes durante el embarazo. Este trastorno se debe en gran medida a la constipación y al aumento de la presión de las venas ubicadas por debajo del útero aumentado de tamaño.⁶¹

ALTERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

El embarazo normal se asocia con una lordosis progresiva. Como mecanismo compensador de la posición anterior del útero grávido, la lordosis fisiológica desplaza el centro de gravedad nuevamente hacia las extremidades inferiores. La gestación se asocia con una mayor movilidad de las articulaciones sacro ilíaca sacro coccígea y pubiana, este aumento de la movilidad articular puede contribuir a las modificaciones de la postura materna y a su vez provocar molestias en la parte baja de la espalda, sobre todo cuando el embarazo está en una fase avanzada. También pueden aparecer dolores entumecimiento y debilidad de las extremidades superiores, como consecuencias de una lordosis pronunciada con flexión anterior del cuello y descenso de los hombros, lo que a su vez produce una tracción sobre los nervios cubital y mediano.⁶²

8.-CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS EN EL PUERPERIO

El puerperio es definido estrictamente como el periodo de confinamiento durante el nacimiento e inmediatamente después de él. Sin embargo, por el uso popular, la acepción incluye las seis semanas posteriores, durante las que ocurre la involución normal de la gestación. Durante este tiempo, el tracto reproductivo retorna anatómicamente a un estado normal de no gestación.

Involución del cuerpo uterino. Inmediatamente después de la expulsión placentaria, el fondo del útero contraído está levemente por debajo del ombligo. El cuerpo uterino consiste entonces en su mayor parte de miometrio cubierto por serosa y tapizado por la decidua basal. Las paredes anteriores, en cercana aposición, mide cada una de 4 a 5 cm. de espesor. Debido a que sus vasos están comprimidos por el miometrio contraído, el útero puerperal en

⁶¹ MCDONAL Cunningham op.cit pag 502

⁶² Ibidem

secciones aparece isquémico cuando se le compara con el órgano gestante hiperémico púrpura-rojizo. Después de los dos primeros días, el útero comienza a retraerse, de manera tal que en las dos semanas siguientes ha descendido adentro de la cavidad de la pelvis verdadera. Recupera su tamaño previo no gestante en alrededor de 4 semanas. El útero del posparto inmediato pesa aproximadamente 1,000 g. Como consecuencia de la involución, una semana más tarde pesa unos 500g. para disminuir hacia el final de la segunda semana a cerca de 300 g. y muy rápido después a 100 g. o menos. La cantidad total de células musculares no disminuye de manera apreciable; en cambio, las células individuales disminuyen marcadamente de tamaño. La involución del esqueleto del tejido conectivo ocurre de manera igualmente rápida.⁶³

Debido a la separación de la placenta y de las membranas que envuelven la capa esponjosa, la decidua basal permanece en el útero. La decidua que permanece tiene variaciones notables en el espesor, una apariencia dentada irregular y esta infiltrada con sangre, especialmente en el sitio de la placenta

Regeneración del endometrio. Dentro de los 2 a 3 días posteriores al parto, la decidua remanente comienza a diferenciarse en dos capas. La superficial se vuelve necrótica y se transforma en los loquios. La capa basal adyacente al miometrio permanece intacta y es la fuente del nuevo endometrio. El endometrio se origina a partir de la proliferación de los remanentes glandulares endometriales y la estroma del tejido conectivo interglandular.

La regeneración es rápida, excepto en el sitio de la placenta. En una semana aproximadamente, la superficie libre se recubre de epitelio, y el endometrio entero se recupera durante la tercera semana. Sharman (1953) identificó una restauración total del endometrio en todas las muestras por biopsias obtenidas desde el día 16 posparto en adelante. La denominada endometritis, identificada histológicamente durante el puerperio es solo parte del proceso relativo normal. De un modo similar, en casi la mitad de las mujeres en posparto, las trompas de Falopio, en 5 a 15 días, demostraron cambios inflamatorios microscópicos característicos de una salpingitis aguda.

⁶³ MCDONAL Cunningham op.cit pag 503

Esto, sin embargo, no es una infección, sino solo parte de un proceso de involución.⁶⁴

Involución del sitio placentario. De acuerdo con Williams (1931), la cicatrización completa del sitio placentario tiene lugar a las 6 semanas. Este proceso es de gran importancia clínica ya que cuando es defectuoso, puede sobrevenir una hemorragia puerperal tardía inmediatamente después del parto, el sitio placentario es aproximadamente del tamaño de la palma de la mano, pero disminuye después con rapidez. Hacia el final de la segunda semana, tiene 3 a 4 cm. de diámetro. Dentro de horas del parto, el sitio placentario consiste en numerosos vasos trombosados que surgen finalmente la típica organización de un trombo

Williams (1931) explicó la involución del sitio placentario de la siguiente forma:

La involución no se efectúa por la absorción in situ, sino más bien por un proceso de descamación, que se debe en gran parte al debilitamiento del sitio de implantación por el crecimiento del tejido endometrial. Esto es parcialmente afectado por la extensión y el crecimiento desde abajo del endometrio desde los bordes del sitio de la placenta y en parte por el desarrollo del tejido endometrial a partir de las glándulas y la estroma que resta en las profundidades de la decidua basal después de la separación placentaria. Esta descamación debe ser vista como muy conservadora, y como una provisión sabia, de otra manera se podría experimentar una gran dificultad en las arterias obliteradas por tejido muerto y en el trombo organizado que, si permanecen in situ, deberían convertir una considerable parte de mucosa uterina y miometrio subyacente en una masa de tejido cicatrizal.

Anderson y Davis (1968) concluyeron en que el sitio de desprendimiento placentario se pone de manifiesto como consecuencia de una costra necrótica de tejidos superficiales infartados seguido de un proceso reparativo.⁶⁵

Cambios en el cuello y en el segmento inferior. El borde cervical externo, el cual corresponde al orificio externo, por lo general está desgarrado,

⁶⁴ Ibidem

⁶⁵ Ibidem

en especial lateralmente. La dilatación cervical se contrae con lentitud, y durante unos pocos días inmediatamente posteriores al trabajo de parto admite con facilidad la entrada de dos dedos. Hacia el final de la primera semana, ya se ha estrechado. A medida que el orificio se contrae, se engruesa el cuello y el canal se corrige. No obstante, en el momento de la involución completa, el orificio externo no recupera por completo su apariencia pregrávida. Permanece algo más amplio y de manera característica las depresiones bilaterales en el sitio de los desgarros permanecen como cambios permanentes que caracterizan al cuello que ha parido.

El segmento inferior marcadamente adelgazado se contrae y se retrae pero no en forma tan enérgica como el cuerpo del útero. En el curso de unas pocas semanas, el segmento inferior se convierte de una estructura claramente evidente, lo bastante grande como para contener la mayor parte de la cabeza fetal, en un istmo uterino escasamente discernible ubicado entre el cuerpo uterino por arriba y el orificio interno del cuello por debajo.⁶⁶

Vagina o introito.

Tempranamente en el puerperio, la vagina y el introito forman un pasaje de paredes lisas, espacios, que gradualmente disminuye de tamaño pero que rara vez vuelve a las dimensiones de una nulípara. Las rugosidades reaparecen hacia la tercera semana. El himen está representado por diferentes pequeños apéndices de tejido, los cuales durante la cicatrización se convierten en la caruncular mirtiformes.⁶⁷

Peritoneo y pared abdominal.

Los ligamentos anchos y redondos son mucho más laxos que cuando no hay gestación y necesitan un tiempo considerable para recuperarse del alargamiento y de la relajación que ocurre durante el embarazo.

Como resultado de la ruptura de las fibras elásticas en la piel y de la distensión prolongada causada por el útero gestante, las paredes abdominales

⁶⁶ Ibidem

⁶⁷ MCDONAL Cunningham op.cit pag 504

permanecen blandas y flojas. El retorno al esto de normalidad para estas estructuras requiere varias semanas. Aunque la recuperación puede ayudarse con ejercicios. Excepto por las estrías planteadas, la pared abdominal generalmente recobra su apariencia anterior al embarazo, pero cuando los músculos permanecen atónicos, la pared abdominal también permanece laxa. Allí puede haber una marcada separación o diastasis de los músculos rectos. En este caso, la pared abdominal en la vecindad de la línea media esta formada solamente por peritoneo, la fascia adelgazada, la grasa subcutánea y la piel.⁶⁸

Cambios en el tracto urinario

La vejiga del puerperio tiene una capacidad aumentada y una insensibilidad relativa a la presión del líquido vesical. La sobredistensión, el vaciamiento incompleto y la excesiva orina residual son frecuentes. El efecto paralizante de la anestesia, especialmente la analgesia de conducción, y la función neural de la vejiga temporalmente alterada son sin duda factores contribuyentes. La orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, junto con la pelvis renal y los uretes dilatados, crean las condiciones óptimas para el desarrollo de una infección urinaria. Los uréteres y la pelvis renal dilatada vuelven a su estado pregestacional a partir de las 2 a 8 semanas después del parto.

Kerr-Wilson y col. (1984) estudiaron el efecto del trabajo de parto sobre la función de la vejiga del posparto con el empleo de técnicas urodinámicas. Concluyeron en que cuándo se evitaban los trabajos de parto prolongados y si se realizaba la caracterización prontamente para la distensión de la vejiga, no había evidencia de hipotonía vesical. Andolf y col. (1994) utilizaron la ultrasonografía para medir el volumen residual vesical 3 días después del parto vaginal en 539 mujeres consecutivas no seleccionadas. Solo presenta volúmenes anormales y solo 4 necesitaron cateterización vesical. La detención urinaria fue mas frecuente después del parto instrumental o de la analgesia epidural. Las mismas mujeres fueron estudiadas nuevamente 4 años mas tarde y un tercio había tenido dificultades de vaciado.⁶⁹

⁶⁸ Ibidem

⁶⁹ Ibidem

Viktrup y col. Hicieron el seguimiento de 305 mujeres nulíparas durante el embarazo y el posparto; el 7 por ciento desarrollo incontinencia por esfuerzo después del parto. Factores obstétricos como deducción de la cabeza del recién nacido, peso al nacer y episiotomía se asociaron con el desarrollo de incontinencia después del parto. El deterioro de la función muscular en la uretra o alrededor de ella durante el parto vaginal fue propuesto como mecanismo fisiopatológico de la incontinencia del puerperio. La mayoría de las mujeres vuelven a la micción normal aproximadamente a los 3 meses posparto. La atención cuidadosa de todas las mujeres en el posparto, con una pronta cateterización para aquellas que no puedan vaciar las vejigas, podrá prevenir la mayor parte de los problemas urinarios.⁷⁰

Cambios en las glándulas mamarias.

El aspecto de las mamas adquiere las siguientes características: turgencia, piel tersa, aspecto congestivo, aumento local de temperatura, red venosa superficial evidente, pezón formado, erecto, fácilmente estimulable, con salida de leche en forma espontánea.

Lactancia: El calostro es un líquido coloreado, amarillo limón intenso segregado por las mamas durante los primeros días posparto. Generalmente puede ser extraído de los pezones en el segundo día posparto.

Calostro: Comparado con la leche madura, el calostro contiene mas minerales y proteínas, muchas de las cuales son globulinas, pero menos azúcar y grasa. El calostro, a pesar de esto, contiene grandes glóbulos de grasa denominados corpúsculos del calostro; algunos piensan que son células epiteliales que sufren una degeneración grasa y otros que son fagocitos mononucleares que contienen grasa. La secreción de calostro persiste durante aproximadamente 5 días, con una conversión gradual a la leche madura durante las siguientes 4 semanas. Los anticuerpos son demostrables en el calostro y su contenido de inmunoglobulina A puede ofrecer protección al recién nacido contra los patógenos entericos. Otros factores de resistencia del huésped, así como las inmunoglobulinas, se encuentran en el calostro y en la leche. Estos incluyen complemento, macrófagos, linfocitos, lactoferrina, lactoperoxidasa y lisozimas.⁷¹

⁷⁰ Ibidem

⁷¹ MCDONAL Cunningham op.cit pag 505

Leche. La leche humana es una suspensión de grasa y proteína en una solución carbohidratos-mineral. Una madre que amamanta produce fácilmente 600 ml. de leche por día.

Entuertos. En las primíparas, el útero del puerperio permanece tónicamente contracturado. En las múltíparas en particular, el útero a menudo se contrae vigorosamente a intervalos y da origen a los entuertos. Ocasionalmente estos dolores son lo suficientemente intensos como para requerir la administración de un analgésico. Los entuertos se manifiestan en especial cuando el lactante succiona, probablemente debido a la liberación de oxitocina. Por lo general disminuyen en intensidad y son leves hacia el tercer día posparto.

Loquios: Precozmente en el puerperio, la descamación del tejido decidua resulta en una descarga vaginal de cantidad variable; este material se denomina loquios. Microscópicamente, los loquios consisten en eritrocitos, fragmentos de decidua, células epiteliales y bacterias. Los microorganismos que se encuentran en los loquios están mezclados con los de la vagina y están presentes en la mayoría de los casos aun cuando la evacuación ha sido obtenida de la cavidad uterina.

Durante los primeros días después del parto, la sangre en los loquios es suficiente como para darles un color rojo: lo chia rubra. Después de 3 a 4 días, los loquios se vuelven progresivamente de un color más pálido: lo chia serosa. Después de alrededor de 10 días, debido a una mezcla de leucocitos y a una cantidad reducida de líquido, los loquios toman un color blanco o blanco amarillento: lo chia alba.

Pérdida de peso. Además de la pérdida de aproximadamente 5 a 6 kg debido a la evacuación uterina y a la pérdida normal de sangre, hay generalmente una disminución adicional de 2 a 3 kg a través de la diuresis.⁷²

⁷² Ibidem

II.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACION

Rosalinda Alfaro recomienda que la valoración de los datos básicos, debe ser planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente. Esta claro que el instrumento para la valoración de los datos básicos, debe estar basado en un modelo de enfermería, (orientado a las respuestas humanas) sin un enfoque de este tipo, no se obtendrá la información completa y no se estará tomando al paciente como un ser bio-psico-social y espiritual.⁷³

La valoración es un proceso continuo, en ella se conjugan tanto los datos básicos, como los que se van presentando cada día, como respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería⁷⁴

En la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería referente a la valoración se aborda la recolección de datos a partir de un instrumento basado en las necesidades fundamentales del ser humano, según el modelo de Virginia Henderson

⁷³ ALFARO, Rosalinda Op. cit pag 10

⁷⁴ Ibidem

INSTRUMENTO DE VALORACION

VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: MLDM EDAD: 20 años PESO: 56 kg TALLA: 152 cm
FECHA DE NAC: 20 junio 85 SEXO: Femenino OCUPACION: Ama de casa
ESCOLARIDAD: Preparatoria FECHA DE INGRESO: 15 de ENERO 05 HORA: 14hr
PROCEDENCIA: San Juan Teotihuacan FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista
MIEMBRO DE LA FAMILIA/ PERSONA SIGNIFICATIVA: Esposo / Madre
FIABILIDAD (1-4) 4

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidad básica de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: NO Tos productiva/seca NO Dolor asociado con
la respiración NO fumador NO
Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional:
La paciente niega toxicomanías

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Tensión Arterial 100/70 Pulso 92x'
Frecuencia Respiratoria 22x' Temperatura 35
Tos productiva/seca NO Estado de conciencia Alerta
Coloración de piel/lechos unguenales/perí bucal: ligera palidez
Circulación del retorno venoso: normal llenado capilar menos de 2''
Otros

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Dieta balanceada Número de comidas diarias: 3
Trastornos digestivos: acidez estomacal durante el embarazo
Intolerancia Alimentaria / alergias: Ninguna
Problemas de la masticación y deglución: Ninguno
Patrón de ejercicio: No existe

Objetivo:

Turgencia de la piel: buen tono muscular
Membranas mucosas hidratadas/secas: semihidratadas
Características de uñas y cabello: cabello graso, uñas cortas y limpias
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: se encuentra normal
Aspecto de los dientes y encías: dentadura completa en buen estado
Heridas tipo y tiempo de cicatrización: cicatriz en brazo derecho 1 año de antigüedad
Otros: la paciente presenta necesidad de hidratación ya que existe sangrado transvaginal abundante relacionado a una atonía uterina

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: deposición una vez al día
Características de las heces, orina y menstruación: orina en volumen color y olor normal
Menstruación regular (28x3): abundante y dolor, las heces de consistencia dura
Historia de hemorragias, enfermedades renales, otros: NO
Uso de laxantes: NO Hemorroides: NO
Dolor al defecar, menstruar u orinar: durante la menstruación
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: de ninguna manera

Objetivo:

Abdomen características: abdomen flácido, blando con estrias
Ruidos intestinales: disminuidos
Palpación de la vejiga urinaria: se palpa a nivel de abdomen bajo no distendida
Otros: la paciente tiene problemas para evacuar

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____ se adapta fácilmente _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: no realiza _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____ el calor _____

Objetivo:

Características de la piel: piel tibia, turgente y lisa al tacto _____

Transpiración: transpira poco _____

Condiciones del entorno físico. Se encuentra en su cama en posición de decúbito dorsal con camión, cobija y colcha manifiesta sensación de frío, paciente que reporta temperatura de 35 grados centígrados

2.-Necesidad básica de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: le gusta estar activa y en movimiento (arregla su casa) _____

Actividades en el tiempo libre: le gusta oír música y ver la televisión _____

Hábitos de descanso: leer o dormir _____

Hábitos de trabajo: no trabaja _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: normal _____

Capacidad muscular, tono/resistencia, flexibilidad: normal _____

Postura: decúbito dorsal y lateral _____

Necesidad de ayuda para la deambulación: sí ya que presenta limitación al movimiento _____

Dolor con el movimiento: sí, la paciente tiene dolor en región perianal debido a la episiorrafia. _____

Presencia de temblores: NO estado de conciencia: alerta _____

Estado emocional: se encuentra contenta por el nacimiento de su bebé _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

Horario de descanso : dos horas después de comer Horario de sueño : de 11 a 6:00 hr
Horas de descanso : a veces 2 hrs. Horas de sueño: 7 u 8 hrs.
Siestas : ocasional Ayudas : Ninguna
Insomnio : NO Debido a : NO
Descansado al levantarse : SI

Objetivo

Estado mental, ansiedad/ estrés/lenguaje : Ansiedad
Ojeras : SI Atención : SI Bostezos: SI Concentración: SI
Apatía: NO Cefalea : NO
Respuesta a estímulos : verbales, sensitivos y pupilares
Otros: la paciente refiere sentirse muy cansada pero no puede dormir porque tiene pendiente de su bebe .

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir : NO
Su autoestima es dominante en su modo de vestir : NO
Su creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría : NO
Necesita ayuda para la selección de su vestuario : NO

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad : SI
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse : Presenta un poco de limitacion al movimiento por la episiografía.
Vestido incompleto: NO Sucio: NO Inadecuado: NO
Otros:

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia del baño: Diario
Momento preferido para el baño: Por las mañanas
Cuántas veces se lava los dientes al día: Tres veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: SI Después de eliminar: SI
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: NO

Objetivo

Aspecto general: Se observa limpia y en buenas condiciones generales
Olor corporal: Sui Generis Halitosis: NO
Estado del cuero cabelludo: Grasoso
Lesiones dérmicas tipo: Cicatriz antigua en brazo derecho, estrias abdominales, equimosis en pierna derecha ocasionado por un golpe en su casa

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de permanencia: su esposo y ella
Como reacciona ante situación de urgencia: primero reacciono de manera cobarde luego me tranquilizo y pienso en soluciones

Conoce las medidas de prevención de accidentes:

Hogar: si mantener las llaves de gas bien cerradas, no dejar objetos en las escaleras, mantener las instalaciones eléctricas en buen estado
Trabajo: no trabaja
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: SI
Familiares: NO
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: llorando y platicando con sus amigas y Hermanas

Objetivo:

Deformidades congénitas : ninguna
Condiciones de ambiente en su hogar: lo describe agradable y seguro
Trabajo :
Otros :

3).-Necesidad básica de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: casada Años de relación: 2 años Vive con : su esposo
Preocupaciones/estrés: NO Familiar: NO
Otras personas que pueden ayudar: nadie
Rol en estructura familiar: esposa
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si expresa todo lo que le inquieta
Cuanto tiempo pasa sola: casi nunca siempre esta acompañada
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: siempre que tiene oportunidad
acude a fiestas o reuniones con amigos y familiares

Objetivo:

Habla claro SI Confusa: NO
Dificultad, vision: NO Audición: NO
Comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas: se observa una buena comunicación familiar
Otros:

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Subjetivo:

Creencia religiosa: católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO
Principales valores en la familia: obediencia, honradez y respeto
Principales valores personales: los mismos
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si, siempre
Otros:

Objetivo:

hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): NO
Permite el contacto físico: si coopera con la exploración e interrogatorio
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: NO
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo

Trabaja actualmente: NO Tipo de trabajo: -----
Riesgos: ---- Cuanto tiempo le dedica al trabajo: ----
Esta satisfecho con su trabajo: ---- Su remuneración le permite cubrir sus
necesidades básicas y/o las de su familia: -----
Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: SI

Objetivo:

Estado emocional/ calmado/ ansioso/enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/
eufórico: se encuentra tranquilo
otros: -----

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo :

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: bailar y leer
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: NO
Recursos en su comunidad para la recreación: no hay pero voy a otras comunidades donde
hay cines, parques,
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa : NO

Objetiva:

Integridad del sistema neuro-muscular: el sistema neuro-muscular se encuentra sin
alteraciones aparentes
Rechazo a las actividades recreativas: NO
Estado de ánimo apático/aburrido/participativo: participativo
Otros: -----

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación : Técnico en informática _____
Problemas de aprendizaje: ninguno _____
Limitaciones cognitivas: no Tipo: no _____
Preferencias leer-escribir: leer _____
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si, bibliotecas e Internet _____
Sabe como utilizar una fuente de apoyo: si _____
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si _____
Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: integro aparentemente _____
Órganos de los sentidos : sin alteración _____
Estado emocional ansiedad/ dolor: Ansiedad porque la paciente no logra dar de comer adecuadamente a su bebé _____
Memoria reciente: tiene presente lo que le ha sucedido últimamente _____
Memoria remota: tiene recuerdos de su niñez agradable y desagradable _____
Otras manifestaciones : es una persona que esta receptiva hacia la enseñanza desea aprender acerca de la nueva etapa que empieza en su vida _____

SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual. SI _____

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de acuerdo con una ética personal y social SI _____

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deteriora las relaciones sexuales . SI _____

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas NO _____

MUJER

Menstruación. Tipo normal flujo NO cantidad _____

Dismenorrea no Hipermenorrea metrorragia _____

Historia de embarazos. Gesta 1 partos 0 abortos 0 cesárea 0 _____

Medidas de control de natalidad preservativo _____

Examen de papanicolaou . SI X . NO . Cuando: hace 6 meses .

Otros problemas: existe un diagnostico potencial de disfunción sexual debido al puerperio, además de que la paciente refiere que no desea un embarazo en corto tiempo .

II.-DIAGNOSTICO, PLANEACION, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

En relación con la segunda etapa del proceso de Atención de Enfermería los diagnósticos fueron obtenidos a través del análisis e interpretación de forma crítica de los datos obtenidos durante la valoración, se emplea un formato donde se redactan diagnósticos reales en relación con el PES, estableciendo objetivos a alcanzar y el plan de intervenciones y la evaluación

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

<u>NECESIDAD</u>	<u>GRADO DE DEPENDENCIA</u>	<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</u>
1.OXIGENACION	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
2.-NUTRICION HIDRATACION	I _____ PD <u>DEPENDIENTE</u> D _____	<u>DEFICIT DE LIQUIDOS</u> <u>RELACIONADA CON ATONIA</u> <u>UTERINA MANIFESTADO</u> <u>POR ABUNDANTE</u> <u>SANGRADO TRANSVAGINAL</u> <u>Y UTERO FLACIDO A LA</u> <u>PALPACION</u>
3.-ELIMINACION	I _____ PD <u>P. DEPENDIENTE</u> D _____	<u>ALTERACION DEL PATRON</u> <u>DE ELIMINACION</u> <u>RELACIONADO CON UNA</u> <u>FALTA DE INGESTA DE</u> <u>LIQUIDOS MANIFESTADO</u> <u>POR ESTREÑIMIENTO</u>
4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I _____ PD <u>P. DEPENDIENTE</u> D _____	<u>-DOLOR RELACIONADO CON</u> <u>LESION TISULAR EN ZONA</u> <u>PERIANAL MANIFESTADO</u> <u>POR FACIE ALGICA, QUEJIDO</u> <u>Y DIFICULTAD PARA LA</u> <u>DEAMBULACION</u>
5.-DESCANSO Y SUEÑO	I _____ PD <u>P. DEPENDIENTE</u> D _____	<u>- ALTERACION DEL PATRON</u> <u>DEL SUEÑO RELACIONADO</u> <u>CON EL NACIMIENTO DEL</u> <u>PRODUCTO DE LA</u> <u>GESTACION MANIFESTADO</u> <u>POR DIFICULTAD PARA</u> <u>CONCILIAR EL SUEÑO</u>
6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____

7.-TERMORREGULACION	I _____ PD _____ D <u>DEPENDIENTE</u>	<u>HIPOTERMIA RELACIONADA CON EL TRABAJO DE PARTO MANIFESTADO POR TEMPERATURA DE 35 C, PIEL FRÍA Y TEMBLOR GENERALIZADO</u>
8.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
9.-EVITAR PELIGROS	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
10.-COMUNICARSE	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
11.-VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
13.-JUGAR, PARTICIAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I <u>INDEPENDIENTE</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____
14.-APRENDIZAJE	I _____ PD <u>P.DEPENDIENTE</u> D _____	<u>LACTANCIA MATERNA INEFICAZ RELACIONADA CON LA AUSENCIA DE GALACTORREA Y DESCONOCIMIENTO DE TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO MANIFESTADO POR NULA SECRECIÓN LACTEA</u>

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de líquidos relacionado con una atonía uterina manifestado por sangrado transvaginal abundante, útero flácido a la palpación

Objetivo Ayudará a llevar a cabo las acciones establecidas para disminuir el sangrado transvaginal en una hora

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-El masaje uterino favorece la involución uterina y disminuye el sangrado transvaginal ⁷⁵	-Mejora el tono uterino
-Proporcional masaje uterino	-Iniciar hoja de control de líquidos.		
-fomentar una deambulación precoz	-Ergometrina una ampula IM cada 6 hrs. -Dieta libre en líquidos	-La deambulación favorece la salida de loquios por gravedad disminuyendo así el sangrado transvaginal ⁷⁶	-Se observa disminución del sangrado transvaginal

⁷⁵ MCDONAL Cunningham op.cit pag 507

⁷⁶ Ibidem

<p>-Aplicar compresas frías a nivel del útero mientras sea necesario</p>		<p>-La aplicación de compresas frías favorece la vasoconstricción y disminuye el sangrado⁷⁷</p>	<p>-El sangrado disminuye significativamente</p>
<p>-Toma y registro de signos vitales</p>		<p>-La toma y registro continuo de constantes vitales evita complicaciones⁷⁸</p>	<p>-Los signos vitales se encuentran sin variación</p>
<p>-Evaluar cantidad de loquios, color y olor</p>		<p>-La vigilancia continua del sangrado transvaginal contribuye a un diagnóstico y tratamiento oportuno⁷⁹</p>	<p>-El sangrado transvaginal se reporta de menos de 500 ml en 1 hr</p>

⁷⁷ Ibidem

⁷⁸ Ibidem

⁷⁹ Ibidem

<p>-Explicar a la paciente la importancia de la ingesta de líquidos</p>		<p>-El aporte adecuado de líquidos evita el déficit de líquidos ⁸⁰</p>	<p>-La paciente se encuentra bien hidratada</p>
<p>-Vigilar el estado de conciencia</p>		<p>-Los pacientes con deficiencias prolongadas de líquidos y electrolitos muestran alteraciones en la conciencia ⁸¹</p>	<p>-La paciente se encuentra alerta bien ubicada en sus tres esferas</p>

⁸⁰ Ibidem

⁸¹ Ibidem

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia relacionada con el trabajo de parto manifestado por temperatura de 35 C, piel fría y temblor generalizado

Objetivo

1.- Regulara la temperatura corporal a 36.5 C a través de medios físicos al cabo de 45 minutos

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-El mantener cubierto un cuerpo evita la perdida de calor por evaporación ⁸²	-La paciente refiere que siente menos frio
-Mantener abrigado a la paciente con cobertores	-Curva térmica		
-Colocar una fuente de calor radiante (lámpara de chicote) a 45 o 75		-Cuando se aplica calor a la superficie de la piel, los estímulos llegan al hipotálamo y corteza cerebral	-Al tomar la temperatura se registra paulatinamente la elevación de la misma

⁸² ROSALES, Susana "Fundamentos de Enfermería". 2da Edición Editorial Manual Moderno pag 379

cm. de distancia sobre la paciente.		favoreciendo la elevación de la temperatura ⁸³	
-Toma y registro de la temperatura cada 15 minutos		-La toma de temperatura y el registro continuo de la misma ayudan a tener un control adecuado de los cambios de la temperatura corporal ⁸⁴	-Se observa elevación de la temperatura

⁸³ Ibidem

⁸⁴ Ibidem

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor relacionado con lesión tisular en zona perianal manifestado por facie algica quejido y limitación para la deambulación

Objetivo

1.- Logrará deambular con menos limitación por medio de acciones que disminuyan el dolor durante las siguientes 6 hrs

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor ⁸⁵	-La paciente expresa agradecimiento y refiere sentir menos dolor
-Mantener una relación enfermera paciente	-Ketorolaco 30 mg IV c/6 hrs.		

⁸⁵ ROSALES, Susana Op cit pag 382

<p>-Aplicar compresas de agua caliente en la zona perianal de acuerdo a la tolerancia física del paciente</p>		<p>-Los efectos del calor local son analgésicos, descongestivos y sedantes ⁸⁶</p>	<p>-La paciente comenta que con el agua y el calor que se le aplico en la herida siente descanso</p>
<p>Mantener limpia y seca la zona perianal</p>		<p>-Mantener una herida limpia y seca evita la proliferación de microorganismos patógenos ⁸⁷</p>	<p>-La herida se observa limpia y seca , la paciente dice sentirse cómoda y limpia</p>
<p>-Realizar cambio continuo de aposito en la zona perianal</p>		<p>-Los apósitos secos inhiben la proliferación de microorganismos patógenos ⁸⁸</p>	<p>-La paciente expresa sentirse menos “mojada de su parte”</p>

⁸⁶ Ibidem

⁸⁷ Ibidem

⁸⁸ Ibidem

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón de eliminación relacionada con una falta de ingesta de líquidos manifestado por estreñimiento

Objetivo

1.- Logrará evacuar por medio de acciones que favorezcan el tránsito intestinal en las próximas 24 hrs.

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-Una dieta rica en líquidos favorece la formación del bolo fecal ⁸⁹	-La paciente acepta y tolera adecuadamente la dieta prescrita
-Proporcionar dieta rica en líquidos y fibra			
-Implementar a la dieta laxantes naturales		- Los laxantes favorecen el tránsito intestinal y a su vez la evacuación intestinal ⁹⁰	-La paciente come laxantes naturales tales como la papaya y naranja

⁸⁹ ROSALES, Susana Op cit pag 307

⁹⁰ Ibidem

<p>-Deambulación temprana</p>		<p>- La deambulación temprana aumenta el peristaltismo lo cual facilita la evacuación intestinal ⁹¹</p>	<p>-La paciente mantiene periodos de deambulación y descanso</p>
<p>-Explicar a la paciente sobre la importancia de evacuar oportunamente</p>		<p>-Toda forma de comportamiento humano esta regida por motivaciones⁹²</p>	<p>-La paciente no logra evacuar durante la jornada pero se continua con el mismas acciones. (la paciente logra evacuar a las 12 hrs posteriores al tx, según los registros nocturnos de enfermería)</p>

⁹¹ Ibidem

⁹² Ibidem

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño relacionado con el nacimiento del producto de la concepción manifestado por dificultad para conciliar el sueño

Objetivos

1.- Logrará conciliar el sueño fisiológico mediante la enseñanza y el aprendizaje de técnicas de cuidado del recién nacido y el apoyo emocional durante la jornada laboral

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-Aprender técnicas de cuidados al recién nacido disminuye la tensión emocional ⁹³ - El apoyo y la comprensión proporcionan tranquilidad y seguridad ⁹⁴	-Muestra interés en aprender sobre las técnicas de cuidado, se torna mas tranquila -Expresa sus sentimientos lo cual le permite sentirse mas tranquila
-Enseñar a la paciente Técnicas de cuidados al recién nacido			
-Proporcionar apoyo psicológico			

⁹³ WILLIAM Robert, " Binomio Madre-Hijo " Editorial Grijalbo, 1a Edición pag 129

⁹⁴ Ibidem

<p>-Involucrar al padre en el cuidado del recién nacido para lograr que la paciente descanse</p>		<p>- La integración familiar proporciona seguridad y tranquilidad y favorece el vínculo afectivo ⁹⁵</p>	<p>-La cooperación, integración y apoyo que le proporciona su esposo la hacen sentir mas tranquila y apoyada</p>
<p>-Procurar un ambiente tranquilo y cómodo que agrade a la paciente</p>		<p>-La comodidad y tranquilidad favorecen el sueño y el descanso ⁹⁶</p>	<p>-Logra dormir 2 hrs sin interrupción</p>

⁹⁵ Ibidem

⁹⁶ Ibidem

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Lactancia Materna Ineficaz relacionada con un pezón plano, ausencia de galactorrea y desconocimiento de técnicas de lactancia materna manifestada por estrés, enojo y nula secreción láctea

Objetivos

1.- Logrará ofrecer el seno materno correctamente al recién nacido empleando las técnicas correctas de la lactancia materna en las próximas 48 hrs

CUIDADOS		FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	-La estimulación continua del pezón favorece la liberación de oxitocina y esta a su vez contribuye a la galactogenesis y galactopoyesis ⁹⁷	-Con las maniobras de hoffman se observa erección del pezón y aparición de escasa galactorrea, se continúan las maniobras
-Enseñar a la paciente maniobras de hoffman	SMLD mas fórmula 30x8x24		
-Procurar el apego continuo del recién nacido al seno materno		-El estímulo mamada ejerce un impulso en la adenohipofisis provocando la liberación de oxitocina	-Empleando el suplementador, el neonato ejerce succión vigorosa en el pezón, lo cual favorece la galactorrea

⁹⁷ Manual de Lactancia Materna Hospital General Otumba pag 89

empleando suplementador y valorando los reflejos de búsqueda, succión y deglución del neonato		favoreciendo la producción y eyección láctea ⁹⁸	y formación del pezón paulatinamente
-Favorecer la ingesta abundante de líquidos		-El aumento de líquidos intracelulares favorece la producción láctea ⁹⁹	-No se observa mucho aumento en la producción láctea sin embargo se continua la ingesta de líquidos
-Enseñar técnicas de lactancia materna		-Una correcta técnica de amamantamiento contribuye a una lactancia materna exitosa ¹⁰⁰	-La paciente muestra más seguridad y tranquilidad al ofrecer el seno materno al recién nacido con las técnicas aprendidas.

⁹⁸ Manual de Lactancia Materna Op cit pag 90

⁹⁹ Manual Hospital Amigo del niño y de la Madre Hospital General Otumba pag 76

¹⁰⁰ Manual de Lactancia Materna Op cit pag 93

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

1.- La paciente a su egreso identificará:

- Técnicas correctas de amamantamiento
- Cuidado adecuado de las mamas
- Características normales del sangrado transvaginal
- Características de una dieta balanceadas
- Signos de alarma en el puerperio mediato y tardío
- La importancia del auto cuidado y la prevención

2.-La paciente acudirá

- Con los grupos del hospital de apoyo a la lactancia materna
- Sesiones de enseñanza que se imparten en el hospital amigo del niño y de la madre (hospital general Otumba)

CONCLUSIONES

- El Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento muy valioso para brindar cuidados enfermero, ya que planea, organiza y dirige cada una de las intervenciones de enfermería
- El Proceso de Atención de Enfermería establece un vínculo más estrecho entre enfermera- paciente lo que conlleva a que los objetivos planeados se alcancen más rápidamente.
- El Proceso de Atención de Enfermería me ha permitido visualizar al paciente como ser único e irrepetible permitiéndome brindarle un cuidado enfermero con un enfoque holístico
- El Proceso de Atención de Enfermería le exige a la enfermera (o) conocimientos más amplios que le permitan proporcionar una atención integral y esto a su vez la lleva a entrar en los niveles de competencia del saber

ANEXOS

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Para su estudio, los órganos femeninos de la reproducción se clasifican en externos e internos. Los externos desempeñan su función durante el acto sexual, coito o cópula, en cambio los órganos internos se alojan en la pelvis; entre ellos están las gónadas donde se produce la gameto génesis, y otros órganos que ejercen sus funciones durante la fertilización, el desarrollo embrionario y la expulsión del feto.

Los órganos sexuales femeninos primarios o gónadas son los ovarios; los secundarios se desarrollan en la etapa prenatal como resultado de la ausencia de testículos y andrógenos. Durante la pubertad, los órganos sexuales secundarios maduran y comienzan su funcionamiento bajo la influencia de estrógenos secretados por los ovarios.¹⁰¹

GENITALES EXTERNOS

Los órganos genitales externos incluyen las estructuras visibles desde el exterior, cuyo conjunto se puede denominar vulva. Se pueden diferenciar el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clitoris y el vestibulo vaginal; adicionalmente están presentes algunas estructuras glandulares propias del vestibulo.

El *monte de Venus* es la almohadilla grasa subcutánea que descansa sobre la cara anterior del pubis; se halla cubierto de vello distribuido en forma triangular. Desde esta prominencia parten los *labios mayores*, dos pliegues de tejido cutáneo grasos cubiertos de piel, que se extienden hacia abajo hasta el perineo; estos están separados longitudinalmente por la hendidura pudenda y encierran y protegen otros órganos reproductores externos.

Los labios menores son dos pliegues de tejido cutáneo planos muy irrigados, que se juntan en el extremo superior de la vulva; estos son longitudinales y en posición medial a los labios mayores, son visibles al separar los labios

¹⁰¹ <http://apuntes Biología, Anatomía y Fisiología>

mayores y no presentan vello. Los labios menores limitan el vestibulo protegiendo las aberturas de la vagina y la uretra. Cada uno se divide en dos laminillas: las superiores se unen y forman el frenillo del clitoris y las inferiores se desvanecen en el prepucio femenino, un pliegue de tejido conectivo, que recubre el clitoris.¹⁰²

El **clitoris** es una estructura eréctil, pequeña y cilíndrica, situada en el extremo superior de la vulva. Es homóloga del pene, del que se diferencia porque carece de cuerpo esponjoso y uretra. El cuerpo del clitoris está formado por dos columnas de tejido esponjoso (similares a los cuerpos cavernosos del pene) que se llenan de sangre bajo condiciones de excitación sexual y permite la erección. Su extremo libre o glande, tiene numerosas terminaciones nerviosas sensoriales, por lo que se considera una zona erógena de importancia para las mujeres que proporciona placer durante la estimulación sexual.¹⁰³

El **vestíbulo** es un área con forma elongada, que limita externamente con los labios menores, y se extiende desde el clitoris hasta la horquilla o comisura posterior de la vulva. Al vestibulo concurren cuatro orificios: la uretra, la vagina y dos conductos situados a ambos lados del orificio vaginal. Éstos últimos segregan las *glándulas de Bartholin*, glándulas exocrinas epiteliales que producen una secreción mucosa lubricante durante la excitación previa al coito. El orificio uretral externo o meato urinario, es el extremo terminal del sistema urinario; está situado en la línea media del vestibulo, por debajo del arco púbico y por encima del orificio vaginal.¹⁰⁴

El **orificio vaginal** ocupa la porción inferior del vestibulo. Su tamaño y formas son variables; en algunas mujeres vírgenes se encuentra rodeado por el **himen**, una membrana de tejido conjuntivo, rica en fibras elásticas y colágenas, que cierra casi por completo el orificio vaginal. El himen presenta una abertura cuyo diámetro puede ser tan pequeño como la punta de un alfiler como tan grande que permita el paso de dos dedos. El himen puede tener forma de media luna, ser circular o presentar algunos orificios. Cuando se rasga el himen, debido al coito o a un traumatismo, se presenta una leve hemorragia cuya manifestación es variable.¹⁰⁵

¹⁰² Williams "Obstetricia" 2da Edición Editorial Grjalbo pag 322

¹⁰³ Ibidem

¹⁰⁴ Ibidem

¹⁰⁵ Ibidem

GENITALES INTERNOS

Los órganos genitales internos son los ovarios, las trompas uterinas, el útero y la vagina, con sus correspondientes estructuras de soporte o ligamentos que los suspenden en la pared abdominal, dentro de la cavidad pélvica.

La *vagina* es un conducto fibromuscular, recubierto por una membrana mucosa resistente, que se extiende desde la vulva hacia el útero. En la cavidad abdominal ocupa el espacio que hay entre la vejiga urinaria y el recto. Es el órgano femenino del coito, pues recibe el pene erecto y el semen durante el coito. También sirve de conducto que evacua los restos de la mucosa uterina durante la menstruación. Su epitelio varía de manera leve como respuesta al estímulo estrogénico. Además es el canal a través del cual progresa el feto en el parto¹⁰⁶.

El *útero* es un órgano con una abundante capa muscular llamada miometrio; en su parte externa está recubierto por el peritoneo; encierra una cavidad interna recubierta por el endometrio, un tejido epitelial prosamente vascularizado. Durante el embarazo el útero recibe, retiene y nutre la *mórula*, fase avanzada del cigoto que proviene de la Trompa de Falopio del mismo lado; una vez implantado en el endometrio, el feto aumenta su tamaño, diferencia sus tejidos y finalmente, al cabo del periodo de gestación, es expulsado durante el parto. El útero asemeja una pera invertida y aplanada; la parte superior de forma triangular, constituye el *cuerpo*. La parte inferior es el *cuello* o *cérvix*, un tubo alargado que conecta la cavidad del útero con la vagina.¹⁰⁷

El endometrio uterino sufre una serie de modificaciones funcionales y morfológicas muy radicales, que se agrupan en tres fases sucesivas: *fase proliferativa*, *fase secretora* y *fase menstrual*. Estos cambios están sincronizados con los que le suceden al ovario y con los niveles fluctuantes de las hormonas que regulan el ciclo menstrual.¹⁰⁸

A cada lado del cuerpo del útero, se desprenden las *trompas de Falopio*, *oviductos* o *salpinges*. Son conductos tubulares de doce centímetros de longitud, que comunican el útero con los ovarios y permiten al óvulo alcanzar la cavidad uterina. Un extremo del oviducto está junto al ovario, y se abre a la

¹⁰⁶ Ibidem

¹⁰⁷ Ibidem

¹⁰⁸ Ibidem

cavidad abdominal, y el otro hace contacto con el útero. Los oviductos están recubiertos externamente por el peritoneo. Una capa mucosa con pliegues longitudinales tapiza el interior. Posee células ciliadas, cuyo movimiento impulsa al huevo en dirección del útero, y células secretoras que liberan nutrientes para el huevo. Cada trompa uterina comprende los segmentos intersticiales, el istmo, la ampolla y el infundíbulo. El borde libre del infundíbulo sobre la cavidad abdominal presenta la *fimbrias*, prolongaciones a manera de escobilla, que alcanzan el ovario, que recuperan y dirigen el óvulo hacia el siguiente segmento tubárico donde ocurre la fertilización.¹⁰⁹

Los *ovarios* son dos órganos con forma de almendra, de 4 a 5 centímetros de diámetro, situados en la parte superior de la cavidad pélvica, en una depresión de la pared lateral del abdomen, sostenidos por varios ligamentos. En la región externa de cada ovario hay masas diminutas de células llamadas *foliculos primarios*; cada uno de éstos contiene un huevo inmaduro. No menos de 20 foliculos comienzan a desarrollarse al principio del ciclo ovárico de 28 días; sin embargo, por lo general sólo un folículo alcanza su desarrollo completo y los demás se degeneran. Alrededor de la mitad del ciclo, el *folículo ovárico maduro de Graaf* que contiene un óvulo (huevo) casi formado en su totalidad se alza de la superficie del ovario y libera el huevo, en el proceso conocido como *ovulación*. Después de ésta, las células foliculares se someten a un cambio estructural (*luteinización*) para formar el cuerpo luteo. La principal función de los ovarios es pues la ovogénesis o desarrollo y desprendimiento de un óvulo o gámeto femenino haploide. Además, los ovarios elaboran varias hormonas esteroidales en diferentes estadios del ciclo menstrual: los estrógenos y la progesterona.¹¹⁰

Las *glándulas mamarias* dentro de las mamas son órganos reproductores accesorios que se especializan en producir leche después del embarazo. Las glándulas mamarias son glándulas especializadas sudoríparas. En el inicio de la pubertad, las hormonas ováricas estimulan el desarrollo de las glándulas mamarias y conductos lactíferos. Durante el embarazo, el desarrollo glandular y dúctil posterior se lleva a cabo bajo la influencia de la progesterona y estrógenos, respectivamente. Algunas otras hormonas son necesarias en la preparación de las glándulas mamarias para la producción de leche.¹¹¹

¹⁰⁹ Ibidem

¹¹⁰ Ibidem

¹¹¹ Ibidem

Fisiología de la Lactancia

Como final del periodo preparatorio, después del parto, llega la síntesis láctea. Se encuentra diferenciada en tres procesos claros:

Mamogénesis: Es el desarrollo y crecimiento mamario.

Lactogénesis: Iniciación de la lactancia.

Galactopoyesis: Mantenimiento de la secreción láctea.¹¹²

Mamogénesis.-

La mamogénesis, es el desarrollo mamario, que se inicia en la pubertad y se completa en el embarazo. Sobre todo en sus primeras semanas.

Pero es en la segunda parte del último trimestre, cuando es completada, o en las siguientes horas del parto, con la aparición de los calostros.

Lactogénesis

Es el proceso por el cual comienza la secreción láctea. Esta se establece entre las 24 horas y el 6º día postparto y como consecuencia de la intervención de la PRL (Prolactina); indispensable para la producción de la leche, pero también es necesario y contribuye el bajo nivel de estrógeno.

Antes del parto los niveles de PRL aumentan progresivamente, pero los estrógeno de origen placentario, bloquean la actividad secretora del epitelio glandular, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto

La caída del nivel de estrógenos ocurre tras el parto y tiene como consecuencia el desbloqueo del tejido mamario, permitiendo que la PRL inicie la producción de leche. El descenso de la progesterona no tiene tan claro su intervención

¹¹² <http://lactancia.materna.exitosa.com.mx> google

Galactopoyesis

Es el mantenimiento de la secreción láctea, una vez que se ha establecido. El mantenimiento de la lactancia requiere principalmente un mantenimiento de la succión periódica del pezón.

La succión del pezón, actúa a nivel neurohormonal causando el aumento de los niveles de PRL, pese a que no parece que estos niveles tengan que ser muy altos.

El mecanismo por el cual la succión actúa produciendo liberación de PRL, no es bien conocido. No solo hay que mantener la succión periódica sino que también, la frecuencia de la succión actúa determinadamente para mantener la lactancia.

Así, si se suspende más de 12 horas, la producción de leche baja considerablemente ¹¹³

Diferenciación de la leche.

La leche materna presenta en su composición, variabilidad desde que comienza al final del embarazo, a segregar los llamados calostros, luego en los primeros días del parto (dos o tres) y durante la lactancia en los siguientes meses.

Generalmente se distinguen en el tiempo tres:

1.- Calostros

Es un líquido (que desde las últimas semanas de embarazo y tres/cuatro días después del parto) es segregado por los pechos, con abundancia en proteínas, vitaminas liposolubles (A, D, K, E) y minerales, de aspecto amarillento.

Tiene un poder "protector" en la mucosa gástrica del neonato como nada inigualable en los primeros días. ¹¹⁴

¹¹³ [http://www.google.com.mx/lactancia materna exitosa](http://www.google.com.mx/lactancia%20materna%20exitosa)

¹¹⁴ *Ibidem*

Facilita y ayuda a "limpiar" el aparato digestivo de restos de lanugo, células etc. por el tragado con el L. amniótico en época intrauterino.

Con ello facilita la expulsión de meconio (heces verdosas pegajosas primeras). Favorece el desarrollo de las enzimas gástricas para acondicionar la digestibilidad posterior en su toma láctea.

Le provee de anticuerpos maternos, del que está desprovisto inicialmente, hasta que de más adulto cree su sistema inmunológico.

2.- Leche de transición

Como su nombre indica, es la leche que se producen entre el calostro (5º día) y el décimo o sexto día después del parto. Su contenido en grasa y vitaminas, le confiere un mayor aporte nutricional que el calostro, y por tanto también es más rica en calorías.¹¹⁵

3.- Leche madura

A partir del décimo día, se segrega, este tipo de leche materna, propiamente diferenciada por su composición.

Le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que éste requiere para su normal desarrollo y crecimiento. Las proteínas de la leche materna son la lacto albúmina y la caseína. La caseína es una vitamina que forma grandes coágulos, y es de más difícil digestión para el bebé.

La leche materna es mas baja en caseína, por esto su digestión es más fácil, y más digerible.¹¹⁶

Periodo de crecimiento rápido

Existen periodos en el que los bebés tienen "crecimiento rápidos", que suelen aparecer alrededor de la segunda semana, en el segundo mes aproximadamente, y en el cuarto mes de nuevo.

Es debido a una mayor demanda del bebé, con lo que el bebé quiere ser amamantado "todo el tiempo." Es decir pide más constantemente y con menos descansos. Este aumento es normal y da una señal al cuerpo de la madre para

¹¹⁵ Ibidem

¹¹⁶ Ibidem

que produzca más leche, ya que el bebé está entrando en un período de crecimiento rápido.

Por otro lado el bebe también estimula con mas "tetada" una mayor producción.

En pocos días, el suministro de leche habrá aumentado para proporcionar suficiente leche en cada comida y el bebé reducirá paulatinamente el número de tomas, y distanciará en el tiempo la frecuencia, por períodos de tiempo más largos

Muchas madres lactantes encuentran dificultad para encontrar tiempo y dedicarle a la creciente demanda de alimentación durante este período de ajuste.

El hecho de comprender cómo y por qué esto sucede, y saber que es algo temporal, ayuda en gran medida. Además sabrá esos pocos días distribuir, eliminar y/o posponer otras tareas.

La madre, si ve que le ocupa mucho tiempo, debe pedir y aceptar la ayuda de otras personas para cumplir otras responsabilidades y así disponer de tiempo libre para la alimentación de su bebé, ya que esta tarea es indispensable que la realice ella.¹¹⁷

Comienzo

Tras el nacimiento, colocar el bebé al pecho lo antes posible, pese a que no noté "subida de leche"

1. El bebé aprenderá a mamar mejor con el pecho flácido.
2. Ejercitara su reflejo de succión
3. Facilita la subida de la leche
4. Succionara gotas de calostros ricos en principios inmediatos, proteínas y minerales.
5. Aprenderá mejor a colocarlo.
6. Será el primer vínculo afectivo madre e hijo.
7. Los primeros días notareis contracciones uterinas en las mamadas.

¹¹⁷ Ibidem

Debido a que la (PRL) prolactina estimula la Oxitocina; hormona que produce contracciones uterinas

Con ello se produce más rápidamente la involución uterina. Esto es, los recursos que tiene el cuerpo de la mujer y su fisiología para conseguir de forma natural que los órganos que han intervenido en el embarazo y parto (órganos sexuales internos, útero, ovarios etc.) vuelvan a su estado anterior al embarazo.¹¹⁸

Extracción

Una forma óptima de mantener la secreción en casos de que la madre tenga que separarse del hijo, es la manual, para que el nivel de producción no disminuya considerablemente.

La pregunta, surge cuando hacerlo.

Convenientemente si decides extraerte para tener un "remanente" en el congelador, debes entonces tener en cuenta la composición de la leche y seguir estos pasos:

1.- **Tendrás que estimular** la producción primero, para ello has de extraerte después de las tomas del bebé.

2.- Cuando pasado dos o tres días veas que **has experimentado esa producción**, dar solo de un pecho, y extraer del otro para congelar.

¿Por qué?

Muy sencillo, normalmente la composición de la leche es al principio, proteínas minerales e inmuno defensas. Al final es más rica en grasa.

Conservación

Conservación:

En frigorífico puede tenerse sin perder propiedades 24 horas.

Congelador *:** (Dentro de un frigorífico)

4 Semanas

Congelador* (*)** De cuatro estrellas con un motor independiente del frigorífico 12 Meses¹¹⁹

¹¹⁸ Ibidem

¹¹⁹ Ibidem

Tiempo

Es muy frecuente en México, que se aconseje por parte de algunos pediatras, matronas y personal de Enfermería el tiempo limitado de 10 minutos de succión en cada pecho.

Eso es rebatido en todos los foros, pero lo planteo de una manera aún más sencilla llegando a esa conclusión por deducción.

No todos los bebés (como los adultos) tienen el mismo ritmo para comer, al igual que para actuar en otras facetas de la vida. Tampoco todos los días, comemos con las mismas pautas, tiempo y necesidad fisiológica.

En ello intervienen múltiples factores, que van de los propios anatómicos, fisiológicos, de salud, de temperatura ambiental, psicológicos (contento, triste, etc.), y otros muchos.

Hay bebés, que succionan como si se les fuera a quitar el pecho, con un ritmo trepidante. A esos le llamamos "tragones", descansan cuando están agotados, y las succiones se convierten en una carrera contra el reloj. Esos en menos tiempo han comido más, aunque a veces tenga regurgitaciones, pequeños vómitos por esa misma rapidez.

Otros por el contrario, succionan en dos segundos y descansan 3 o 4. Les llamamos "tranquilos", estos necesitan más tiempo para comer.

Tantos unos como otros es imposible que coman la misma cantidad, cada persona nace con unas condiciones natas y diferenciadas de los demás, pese a ser de los mismos padres.

Hay que dejarles que sean ellos los que determinen la cantidad y el tiempo. Ellos tendrán su propia personalidad definida que desarrollarán, y si desde el primer día intentamos que se ajusten a unas normas ya preestablecidas en cosas tan banales. Seguramente se frustrarán y de más mayor intentarán ir, contra toda regla social, que si... que puede ser de vital importancia en el desarrollo de las relaciones sociales.

Por lo que deducimos que el pecho debe ser a demanda. No superando las 5 horas entre tomas, en el primer mes de vida. Teniendo en cuenta la estación. Ya que en verano el bebé puede deshidratarse por el calor.

Si el bebé pesa menos de 3.000 gramos, se le ofrecerá el pecho y se insistirá entre dos horas y dos horas y media. El motivo es sencillo. A menor peso,

menor cavidad digestiva, menor fuerza al tragar, más cansancio al comer, y menos cantidad de leche en cada tomar.

Los bebés de menos de 3 Kg, lloran menos por menor fuerza del diafragma, en la fuerza y el tono de llorar. Con lo que será preciso estar en alerta¹²⁰

Postura

El bebé debe estar situado frente al pezón, con una postura cómoda. El pezón debe alojarse al final del paladar y parte de la areola mamaria quedar atrapada en la boca, que es lo que el bebé presiona entre la lengua y el paladar para exprimir la leche situada en los senos galactóforos.

La madre debe tener una postura cómoda, con la espalda recta y apoyada (si está sentada). De ser así, deberá tener los pies en un banquito que los levante del suelo, para que la evite contracturas de la zona lumbar. Otra posición es acostada de lado con el bebé de frente.¹²¹

Cinco pasos para evitar pezones doloridos y grietas

- No presionar con los dedos en tijeras.
- Dejar la areola libre
- Rozar la boca del bebé con el pezón.
- Procura que su lengua este afuera y aprovecha para introducirle el pezón y toda la areola que se pueda.
- Si duele la mama introduces un dedo por la comisura.¹²²
Abrirá la boca y podrás posicionar de nuevo la mama

¹²⁰ Ibidem

¹²¹ Ibidem

¹²² Ibidem

Beneficios para la madre

- Involución uterina más rápida, con motivo de la PRL (prolactina) precursora de niveles de oxitocina.
- Recuperación hemática por ausencia de menstruación. (disminuye la anemia).
- Eliminación más rápida de los depósitos grasos, por aumento del gasto de calorías, en la producción de leche.
- Menor riesgo de fractura de fémur en la mujer, en edades perimenopausicas y posterior.
- Menor riesgo de cáncer de mama, en la premenopausia.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario.
- Ahorro de tiempo en preparar biberones.
- Es mas económico.
- Facilita la unión psicológica madre-hijo.
- Eleva la autoestima de la madre.
- Disminuye la tristeza y/o depresión posparto.
- Facilita la recuperación más fisiológica del tamaño mamario.¹²³

¹²³ Ibidem

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

DATOS BIOGRAFICOS

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magister en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

Catholic University.

Pace University.

University of Rochester.

University of Western Ontario.

Yale University.

Old Dominion University.

Boston College.

Thomas Jefferson University.

Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre¹²⁴

¹²⁴ <http://www.google.com.mx/teóricas>

GLOSARIO DE TERMINOS

PUERPERIO:

Es el periodo que sigue al parto que inicia al terminar el alumbramiento y se clasifica de acuerdo a su temporalidad: Las primeras 24 horas se denomina puerperio inmediato; posteriormente los siguientes ocho días se denominan como puerperio mediato o intermedio y del día nueve hasta los cuarenta días se denomina puerperio tardío.

INVOLUCIÓN UTERINA

Modificaciones que se producen en el útero después del parto y que hacen que este vuelva al tamaño normal que tenía antes del embarazo.

LOQUIOS

Flujo uterino que aparece después del parto como consecuencia de la involución del útero y de la zona de inserción placentaria.

MASTITIS

Inflamación de la mama. Se acompaña de dolor, enrojecimiento y fiebre. Puede ser aguda o crónica.

TEMPERATURA

Calor corporal producido por el metabolismo. Oscila entre límites bastante próximos y existe un ritmo de cuatro fases por día. Las personas con un metabolismo muy activo presentan una temperatura superior a las que lo tienen bajo. Lógicamente, aumenta cuando se hace ejercicio, si bien los mecanismos de pérdida de calor (sudoración y vasodilatación periférica) consiguen que ese aumento sea poco pronunciado. La temperatura cutánea es menor que la de la mucosa oral o rectal, lugares estos donde también se suele colocar el termómetro (36,5, 37,0 y 37,5 respectivamente)

RESPIRACIÓN

Función mediante la cual tiene lugar el intercambio gaseoso (O_2 y CO_2) en las células

PULSO

Expansión y contracción regulares y repetidas de una arteria, provocadas por la eyección de sangre desde el ventrículo izquierdo del corazón al contraerse por minuto en un adulto

¹²⁵ WALDEMAR Carlo "Diccionario de Obstetricia". 4ta Edición, Editorial Moderna México DF 2004

oscila entre 60 y 80, apareciendo variaciones con el ejercicio, los traumatismos, las enfermedades y las reacciones emocionales.

PARTO

Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un recién nacido y la expulsión de la placenta. En el parto se distinguen los siguientes periodos: pródomos, primeros síntomas del comienzo del parto; periodo de dilatación, en el que el cuello uterino se dilata hasta alcanzar los 10 cm (dilatación completa); expulsivo, tercer periodo, que termina con la salida completa del feto; y, por último, periodo de alumbramiento, en el que se expulsa la placenta. En cuanto a los tipos de parto, pueden ser: *eutócico*, se refiere al parto fisiológico normal, y *distócico*, parto que no es normal (patológico). Según la presentación fetal, el parto puede producirse *de vértice o cefálico*, o *de nalgas* (completas o incompletas). Las demás presentaciones fetales no permiten el parto por vía vaginal y se terminan habitualmente mediante cesárea. *A término* es aquel que tiene lugar entre las semanas 37 y 42 de gestación. *Pretérmino* es el que termina entre las semanas 30 y 37. Se denomina parto *inmaduro* al que tiene lugar entre las semanas 20 y 27. El parto puede ser *inducido* o *provocado*, cuando se desencadenan las contracciones uterinas mediante la administración de oxitocina. *Instrumental* es aquel parto que se termina mediante la aplicación de algún instrumento quirúrgico (fórceps, ventosa, espátulas).

FISIOLOGICO

Que tiene relación con la fisiología o bien que se desarrolla fisiológicamente, es decir, de forma normal.

NEONATO

Recién nacido. Por su peso y talla puede ser adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional. Cuando el desarrollo fetal es normal, hay una coincidencia entre el desarrollo fetal y el tiempo de embarazo y debe existir una correlación entre la talla, peso, diámetros cefálicos, torácicos y abdominales.

EPISIOTOMÍA

Sección que se realiza en el periné en el momento del parto para evitar los desgarros. Facilita, además, la expulsión fetal. Puede ser central, en el rafe medio del periné, o lateral, a derecha o izquierda del rafe medio.

EDEMA

Aumento patológico del líquido intersticial. Produce hinchazón localizada o difusa, resultante del acúmulo del componente extravascular del líquido extracelular en un determinado órgano o tejido. La causa del edema suele ser un aumento en la presión hidrostática capilar (p. ej., edemas por insuficiencia o compresión venosa, por insuficiencia cardíaca, etc.), por una disminución en la presión coloidosmótica por bajo

contenido en proteínas (p. ej., edemas relacionados con nefropatías) o por un incremento en la permeabilidad capilar

ENTUERTOS

Contracciones dolorosas del útero después del parto, que suelen durar unos tres días del parto. Son más frecuentes en las multiparas y aumentan cuando el recién nacido mama, ya que al succionar del pezón aumenta la secreción de oxitocina, que produce contracciones uterinas.

ÚTERO

Órgano del aparato reproductor femenino. Tiene una forma triangular, de base superior, su longitud es de unos 8 cm y su anchura máxima de 5 cm. Se encuentra en la cavidad pélvica, delante del recto y detrás (y en parte encima) de la vejiga urinaria. Se distinguen, en el útero, tres porciones: el cuerpo, que es la más amplia (unos 5 cm de longitud), el istmo (1 cm) y el cuello (2 cm). La parte superior del cuerpo, redondeada, forma el fondo uterino, a cuyos lados se abren las trompas uterinas (o de Falopio). El cuello hace una ligera procidencia en la vagina, en cuya cavidad se abre. Por su estructura, el útero está formado por tres capas: la mucosa (o endometrio), la muscular (miometrio) y fascia envolvente (perimetrio). El cuello del útero está sólidamente fijado al marco óseo de la pelvis. En cambio, el cuerpo puede girar, sobre todo hacia delante y hacia atrás. La posición normal del útero es la de flexión y anteversión, por lo cual cuando la vejiga está vacía la cara anterior del útero descansa sobre la cara superior de la vejiga. El útero durante la gestación crece de forma considerable y, lógicamente, varía su posición y sus relaciones.

VAGINA

Órgano genital femenino que continúa al útero y se abre en el vestíbulo vaginal, limitado por los labios menores de la vulva. Presenta una cavidad virtual, pues las dos paredes anterior y posterior de la vagina están adosadas. La mucosa, que recubre la cavidad, presenta una gran cantidad de arrugas transversales, lo que permite que puede ampliarse, de forma considerable, sus dimensiones (p. ej., al paso de la cabeza fetal en el parto). Entre el cuello uterino, que hace procidencia en la vagina, y la pared anterior y posterior de esta, se encuentra un repliegue llamado fórnix vaginal anterior y posterior, este último es el más profundo. El orificio de entrada a la vagina está cubierto, parcialmente, por el himén.

LACTANCIA MATERNA

Alimentación del bebé por la leche materna. Es la más fisiológica y racional.

HIPOTERMIA

Disminución de la temperatura corporal que desciende por debajo de 35°C. Las causas pueden ser la exposición al frío, la desnutrición, el hipotiroidismo, etc.

HEMORROIDE

Dilatación varicosa, en forma de plexo, de las venas submucosas del canal anal, que se originan por debajo de la línea pectínea, y se facilitan por el estreñimiento. Las más sintomáticas son las hemorroides internas, que están en el interior del canal anal, cubiertas por la mucosa de epitelio no queratinizado del canal anal, que, a veces, precisan hemorroidectomía, si son muy grandes, prolapsan o si tienen una sintomatología persistente. Las hemorroides externas son menos frecuentes, son visibles a la inspección del canal anal, porque están en el área perianal y cubiertas por piel normal. Su principal sintomatología es la congestión y trombosis local, que produce un intenso dolor y requiere abrir la piel y extraer el trombo. Ambas están facilitadas por el estreñimiento. Ver rectorragia.

¹²⁶ Ibidem

BIBLIOGRAFIA

ALFARO, Rosalina, **Aplicación del Proceso de Enfermería**. Guía práctica, 2da Edición, Doyma, Barcelona España, 1998

CARLISON J. H. et al. , **Diagnostico de Enfermería Pirámide**, Madrid España, 1995

CAPERITO, Linda J. **Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería** Mc Graw. – Interamericana Madrid, España 1998

CPERNITO, Linda J **Diagnostico de Enfermería** 5ta Edición, Interamericana – Mc Graw- Hill – España, 1995

GARCIA, Gonzáles Ma. De Jesús. **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**. 1ª Edición, Edit. Progreso, México, 1997

IYER Patricia, W. Et. Al. **Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería** Interamericana – Mc Graw-Hill, México 1999

KOZIER, Barbara et. Al **Enfermería Fundamental, Concepto, Procesos y Práctica**. 4ª ed. Mc Graw- Hill Interamericana. Tomo I México D. F. 1998

MARRINER, Ann, **Modelos y Teorías en Enfermería**, Primera Edición española de la tercera edición en ingles 1994, COURT BRACE, España 1997

PHANEUF, Margot **La Planificación de Cuidados de Enfermería** MC Graw- Hill Interamericana, México D.F 1999