



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE EMBARAZADA
CON ALTERACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO AUNADO A UNA ENFERMEDAD VENEREA

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
LETICIA ALEJANDRA MEJIA VARGAS

NUMERO DE CUENTA: 400107730

DIRECTORA DE TRABAJO:
M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO 2004



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE EMBARAZADA CON
ALTERACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO AUNADO A
UNA ENFERMEDAD VENEREA**

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LETICIA ALEJANDRA MEJIA VARGAS

NUMERO DE CUENTA: 400107730

DIRECTORA DE TRABAJO

M. C. E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

MEXICO 2004.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres .

Ismael y Leticia quienes siempre me han apoyado en los momentos buenos y malos durante mi formación Académica, Humana y Profesional.
Gracias mamá, gracias papá.

A mis Profesores.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera contribuirán para la realización de este trabajo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Leticia Alejandra

Mejia Vargas

FECHA: 12 - Abril - 2004

FIRMA: Leticia A. Mejia V.

¡Muchas gracias!.

Leticia Alejandra Mejia Vargas.

INDICE

Página.

Introducción	
I.- Justificación	
II.- Objetivos (generales y específicos)	
III.- Metodología	1
IV.- Marco Teórico	
4.1. Conceptualización de Enfermería	3
4.1.1. Principios Básicos de Enfermería	6
4.1.2. El Cuidado de Enfermería	9
4.1.3. El Cuidado de Enfermería	9
4.2. Proceso de Enfermería	11
4.3. Etapas de Proceso Atención Enfermería	14
4.3.1. Valoración	14
4.3.2. Diagnóstico	21
4.3.3. Planeación	23
4.3.4. Ejecución	25
4.3.5. Evaluación	26
4.4. El modelo de Virginia Henderson y el Proceso Atención Enfermería	28
4.5. Valoración de las 14 necesidades básicas del individuo	32
4.6. Conceptualización de las necesidades básicas del individuo según Virginia Henderson	34
4.6.1. Necesidad de Oxigenación	34
4.6.2. Necesidad de Nutrición e hidratación	35
4.6.3. Necesidad de eliminación	37
4.6.4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura	38
4.6.5. Necesidad de descanso y sueño	39
4.6.6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	40
4.6.7. Necesidad de termorregulación	41
4.6.8. Necesidad de higiene y protección de la piel	42
4.6.9. Necesidad de evitar los peligros	43
4.6.10. Necesidad de comunicarse con sus semejantes	44
4.6.11. Necesidad de realizar prácticas religiosas según la fe de cada quien	45
4.6.12. Necesidad de trabajar y realizarse	46
4.6.13. Necesidad de recreación	47
4.6.14. Necesidad de aprender	47
4.7. Adolescencia	48
4.8. El Embarazo	50
4.9. Adolescencia y el Embarazo	51
4.9.1. Generalidades sobre los cambios físicos del embarazo	53
4.9.2. Aspectos Psicológicos del embarazo	54
4.10. Embarazo de Alto Riesgo	55
4.10.1. Riesgos del embarazo y el Parto durante la adolescencia	58

4.11.Cuidados prenatales.....	59
4.11.1.Consejería de Enfermería.....	62
4.12.Infecciones venéreas.....	64
4.13.Condiloma Acuminado.....	66
V.-Aplicación del Proceso de Enfermería	
5.1.Presentación del Caso Clínico.....	68
5.2.Valoración de las 14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.....	71
5.3.Planeación y ejecución del Proceso Atención de Enfermería.....	74
VI.- Evaluación del Proceso Atención Enfermería.....	80
6.1.Plan de Alta del servicio de hospitalización.....	82
VII.- Conclusiones	
VIII.-Sugerencias	
Glosario	
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCION

Al acercarnos al siglo XXI, la enfermería continua, contribuyendo de manera predominante el desarrollo de los servicios de Salud Pública mejores y más equitativos, dirigidos a los grupos más vulnerables de la población. La enfermería sobresale por variedad de actividades que comprende. El ejercicio de ésta profesión entraña tantas cosas, en tantos lugares que no es tarea fácil, encontrar una definición que abarque todo y se aplique en todas partes.

La profesión de Enfermería no es ajena a los cambios nacionales y mundiales que se generan dentro del marco de la globalización de la economía, las exigencias del mercado laboral, la regularización del ejercicio profesional, la transformación del sector salud, etc. Este proceso de atención de enfermería propone de manera permanente, se emplee una valoración, el análisis y la interpretación de los fenómenos fisiopatológicos y sociales del individuo, se retorne a una práctica conciente que en todo momento estará caracterizada por el profesionalismo, no solo en lo que se refiere a la problemática de salud sino también en relación con todos los aspectos, psicológicos, socioeconómicos y políticos, que con ella se interrelacionan tanto en los profesionales de enfermería como los individuos a los cuales se debe, y que de acuerdo a la necesidad de calidad de los servicios de salud y al buen desempeño del profesional de enfermería, la aplicación de un proceso de atención de Enfermería, para el mismo profesional. Como Licenciadas en Enfermería, se logre una calidad de atención en los servicios de Salud conciente de los problemas del individuo y de la sociedad en conjunto.

El proceso atención de enfermería, es parte integral de la metodología de trabajo del profesional de Enfermería, no es una moda pasajera, actividad o ejercicio que deba completarse para abandonarse después, ya que este se emplea desde 1955 y que ha evolucionado, década tras década hasta nuestros días, para buscar formas de mejorar la práctica y la satisfacción de los pacientes.

El método científico, se emplea en otras disciplinas para resolver los problemas que surgen en el área y como base a partir de la cual formular investigaciones que expandan sus fundamentos. Como la enfermería, también tiene el objetivo de expandir su base teórica, de modo que contribuya un buen cimiento para la práctica es importante que éste proceso tenga cimientos científicos. El proceso atención de enfermería permite que la enfermera emita juicios responsables y válidos acerca de los pacientes, a partir de los cuales proceda a valorar, diagnosticar, planear, implementar y evaluar los cuidados de enfermería en respuesta a las necesidades variables de la persona.

Cabe mencionar que las necesidades del paciente han sido el centro de atención de la enfermera, pero al sufrir cambios dentro del concepto general de la atención a la salud, el papel de la enfermera en la ejecución de sus labores, se ha convertido en coordinadora. Con el propósito de suministrar cuidados de enfermería profesionales y eficaces se requiere habilidad para elegir un método que ayude a la enfermera a tener un juicio del paciente mediante una base de datos con buenos fundamentos y con esta base y un juicio clínico correcto pueden planearse e implantarse cuidados para que los pacientes preserven su salud o regresen a un estado de bienestar de alto nivel.

Ya que entre todos los fenómenos que experimentan los seres humanos, el nacimiento es tal vez el más emotivo, dramático y sobrecogedor. El nacimiento es un asunto familiar y la salud reproductiva de la familia, considerada como un todo, es la pieza fundamental sobre la cual descansa una sociedad saludable. En la última década, al aumentar los conocimientos y la tecnología, se realizaron esfuerzos para formar una red conceptual que abarque los cuidados de salud materno fetal como una unidad.

Por tal motivo el modelo de Virginia Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería y está basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El siguiente proceso se desarrolla de la siguiente manera:

Se describe la metodología empleada para el desarrollo del caso clínico. Como primer punto importante.

Como segundo punto el marco teórico, conceptualización de enfermería, historia, el proceso de atención de enfermería, generalidades del modelo de Virginia Henderson, un marco referencial sobre la adolescencia, el embarazo, el embarazo de alto riesgo y la patología aunada a este caso.

La aplicación del proceso y desarrollo en sus diversas etapas.

Y el último punto que contiene conclusiones, sugerencias, glosario, bibliografía y anexos.

I. JUSTIFICACION

Se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería, con la aplicación de un modelo de atención, con enfoque a Virginia Henderson, tomando en cuenta las necesidades de una paciente adolescente, con alteraciones en el tercer trimestre de embarazo, aunado a una enfermedad venérea, para la realización de este proceso se contempla el caso clínico y la historia clínica de enfermería, valorándola durante su ingreso y estancia que fue de cuatro días, en el Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano.; con el fin de proponer alternativas para el cuidado, así como brindar un apoyo educativo a futuras madres, sobre todo a madres adolescentes, que a pesar del mayor número de esfuerzos para reducir su incidencia, el embarazo y la maternidad durante la adolescencia siguen siendo preocupaciones a nivel nacional por sus consecuencias en la sociedad y el individuo.

“La enfermería y la medicina han colaborado para desarrollar un sistema de procuración de cuidados de la Salud, el cual ha resultado eficaz para restringir los costos y simultáneamente proporcionar atención de calidad. Este sistema, llamado del manejo del caso (o de manejo por caso);ha sido adoptado de manera entusiasta por muchos hospitales; otros los han modificado con gran éxito.”¹

El proceso atención enfermería ha permanecido igual, y al mismo tiempo se ha modificado en respuesta al cambio de la sociedad. El aspecto constante es la convicción de que dicho proceso consiste en “pensar como enfermera”, desde los escritos de Florencia Nighthingale esta forma de pensar estructurada ha sido parte integral de la enfermería.²

Necesitamos hacer la profesión de enfermería un hecho cada vez mas útil y responsable, con un método directo que favorezca la implementación de los cuidados en forma optima y eficaz, con conocimientos teórico – prácticos que lo sustenten y que guíen la práctica profesional, de la Licenciada en Enfermería, dentro del ámbito de la Obstetricia.

¹ MURRAY, Mary E. Ph, ATKINSON, Leslie, Proceso Atención Enfermería. 5ª ed, Ed. McGraw Hill Interamericana pag. Xi.

² IDEM.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso Atención Enfermería, a través de brindar cuidados específicos de acuerdo con las necesidades detectadas a una paciente adolescente con alteraciones en el tercer trimestre de embarazo aunada a una infección venérea, durante su estancia en el Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

*Aplicar el Proceso Atención Enfermería, a una paciente adolescente embarazada, para satisfacer sus necesidades de acuerdo con el enfoque de Virginia Henderson.

*Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación profesional y de manera simultanea, seguir obteniendo nuevos conocimientos durante el desarrollo del mismo.

III. METODOLOGIA

El presente se realizó, durante el desarrollo del seminario-taller de Proceso Atención Enfermería, en los meses octubre, noviembre, diciembre 2003, dentro de los cuales se dio seguimiento a diversas pacientes, con diagnósticos similares al que a continuación se presenta tomando como parte interesante el proceso de infección venérea, aunado que presenta la paciente embarazada adolescente, con el cual se complementó el marco teórico del caso presentado.

Este Proceso Atención Enfermería, se llevó a cabo implementando el modelo de Virginia Henderson, contemplando las 14 necesidades fundamentales, con dimensiones psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales siendo el ambiente y el entorno de los elementos que facilitan o dificultan la satisfacción de estas necesidades, para llevar al cliente o paciente de una dependencia a una interdependencia en el control de su salud.

El primer paso que llevé a cabo fue la etapa de valoración en ésta etapa recolecte y recopilé datos sobre el estado de salud de mi paciente, a través de diversas fuentes, Incluyendo a mi paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Y por fuentes secundarias como fueron textos de referencia, artículos, revistas, vía internet, etc. Ésta valoración adquirió habilidades para la utilización de métodos y procedimientos que hicieron posible la toma de datos. Utilizando cuestionarios y la historia clínica de enfermería. Obteniendo máxima información en el tiempo que estuvo disponible, cuestionando de cabeza a pies, por lo que se obtuvieron datos sobre su estado de salud que se detecto en mi paciente.

Se llevó a cabo dos tipos de entrevista , la primera fue de tipo formal la cual consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual yo como enfermera realice la historia de la paciente.

La segunda entrevista fue de manera informal, en la cual se llevó a cabo una conversación con la paciente durante el curso de los cuidados.

La Observación fue la base fundamental, que complementó lo anterior así como la exploración física. El primer punto es un método básico de la valoración, sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como cualquier otra fuente significativa. Ya que es una habilidad que precisa práctica y disciplina. El segundo punto o examen físico es el final de la recolección de los datos. El cual se explicó a la paciente en que consistía este examen dando su autorización para efectuarlo, respondiendo positivamente.

La exploración física, se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso del problema o enfermedad, obteniendo una base de datos para comparar los ya obtenidos con anterioridad y poder así valorar la eficacia de las actuaciones, confirmando los datos subjetivos que se obtuvieron durante la entrevista.

Se emplearon cuatro técnicas específicas como es la : inspección, palpación, percusión y auscultación.

También se realizó validación de datos para verificar que la información que se reunió fuera verdadera. Considerando datos verdaderos a aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Y esto se logró mediante la medición o lo referente a la somatometría y signos vitales, mismos que forma parte del examen clínico. Por lo que se toma Somatometría a la paciente, para valorar el crecimiento de la paciente y su estado de salud-enfermedad. Con la toma de los signos vitales se logró valorar el estado de salud o enfermedad de la paciente.

Después en la fase de diagnóstico, se realizó mediante una serie de pasos como : la identificación del problema, realizando un análisis de los datos significativos y una síntesis en donde se confirman o se eliminan las alternativas. Así como la formulación de los problemas, ya sea de independencia o interdependencia o también llamados problemas de autonomía o problemas de independencia. El realizar un análisis y síntesis de los datos me llevaron a emitir un juicio por lo cual se identificaron los problemas de salud o lo que es lo mismo los diagnósticos de enfermería.

En la etapa de planeación se siguieron los siguientes pasos fijación de prioridades, formulación de objetivos, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan, dando un enfoque a cada necesidad de acuerdo a diversas dimensiones como la dimensión biofisiológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual, de acuerdo con Virginia Henderson en sus 14 necesidades; posteriormente la ejecución y evaluación que son las últimas etapas que se pusieron en práctica, donde se emitió un juicio sobre los objetos, acciones y situación de la persona o paciente comparándola con uno o varios criterios.

IV.- MARCO TEORICO

4.1. CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

¿Qué es la Enfermería?

Para responder esta pregunta, debo mencionar que la enfermería ha sido descrita de muy diversas formas, por muchos líderes de opinión y teóricos de la especialidad.

La **enfermería** se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida; su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.¹

La enfermería, como disciplina implica procesos de investigación una práctica y enseñanza específica, no surge por sí misma sino por la luz de otras disciplinas sin embargo su interés por el cuidado a la salud humana, su crecimiento a través de la investigación y el trabajo académico la ubica en un trabajo de consolidación como disciplina.²

La enfermería es la profesión que se encarga de promover la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud con bases científicas y humanistas.

¹ CARDENAS Jiménez Margarita, et al, Conceptualización de la Enfermería, Trabajo preliminar para el comité de desarrollo Curricular, México, ENEO, UNAM 1997.

² DONALSON Suez Doroty Mewly. La disciplina de enfermería en perspectiva en nursing thery Phyladelphia Lipvicott Company 1992, pag. 8.

Conceptos de Enfermería de acuerdo a diversas Teóricas:

Martha Rogers la describe como, una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Para Dorotea Orem, es una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su presentación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a sus efectos. *

La enfermería se ocupa de mantener estable el sistema el sistema del cliente, mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar. Así lo describe Betty Newman.*

Un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces. Sister Callista Roy *

La profesión de Enfermería ha sido definida por los dirigentes de la Enfermería, las organizaciones profesionales y según sus funciones.

La primera definición de Enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859; y definía a la Enfermería como "la encargada de salud personal de alguien... y lo que la enfermería tenía que hacer... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". La naturaleza de la enfermería es compleja, continuando hasta nuestros días intentos por definirla completamente. Los teóricos de la enfermería, desarrollan definiciones de ellas basadas en el modelo y describen actividades de enfermería necesarias para conseguir los objetivos de la enfermería. Como lo menciona Virginia Henderson, Enfermería es "Ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que constituyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios".³

³ Análisis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Philadelphia: FA Davis. 1989

La Enfermera se enfoca hacia la salud y el bienestar del cliente y es al mismo tiempo una ciencia y arte, que tiene su propio conjunto de conocimientos basados en las teorías científicas; además se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, y no solo del proceso médico diagnosticado al cliente. La enfermería se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos marcos, como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal con los individuos, las familias y las comunidades.

En 1979, la asociación Americana del profesional de enfermería (American Nurses Association, ANA), la organización profesional para la enfermería en los Estados Unidos, definió la enfermería y estableció el alcance de la práctica de la enfermería. El resultado final de los esfuerzos de la ANA fue la publicación de *Nursing: A Social Policy Statement (1980)*, este documento reflejaba la evolución histórica de la profesión y su base teórica: "La enfermera es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales y potenciales". Lo anterior significa que la enfermería no es responsable de diagnosticar o tratar por ejemplo el cáncer, lo es la medicina. La enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta (o reacción) de un paciente al cáncer y a su tratamiento médico, por ejemplo en la forma de nutrición inadecuada, náusea, trastornos de la autoestima, ansiedad y dolor; la Enfermera atiende algunos aspectos del tratamiento médico, como cuando administra medicamentos o tratamientos prescritos al paciente, pero el punto central de la enfermería es la respuesta individual a los problemas relacionados con la salud.⁴

El personal de Enfermería trata la respuesta del cliente ante los problemas de salud o las conductas saludables. El profesional de enfermería se ocupa del efecto de la enfermedad o del problema de salud sobre la vida del cliente. Estas respuestas humanas son de naturaleza dinámica y cambian a medida que el cliente o la familia progresan a lo largo de la línea de continuidad entre la salud y la enfermedad. Habitualmente, el cliente presenta una o más respuestas humanas ante una enfermedad aguda o un trastorno prolongado. Las respuestas humanas son diversas y de naturaleza variable ya que cada cliente es un individuo exclusivo y la respuesta al problema de salud o al potencial problema de salud será un reflejo de la interacción del individuo con el entorno.

⁴ MURRAY, *Proceso Atención Enfermería*, Op Cit. Pag. 1

4.1.2.- PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA

La disciplina de enfermería solamente avanzará a través del desarrollo sistemático del conocimiento de enfermería e igualmente por su prueba y verificación. El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina; para algunas académicas de enfermería, mencionan que existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren estudio en el área de conocimiento de enfermería y hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional.

Estos cuatro conceptos fueron identificados como: hombre, contexto, salud y cuidado de enfermería, sin embargo en la última década el énfasis se ha concentrado fundamentalmente en dos conceptos: salud y cuidado. Los conceptos han sido interpretados de la siguiente manera:

PERSONA:

La persona se define de dos maneras. Primero holísticamente, entendiéndose que todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esa totalidad (holismo).

Virginia Henderson, define PERSONA (PACIENTE), como la persona que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, considerando al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La persona y el cuerpo de la persona son inseparables, y requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia forman una unidad. Las necesidades del paciente están cubiertas por los catorce componentes de enfermería.

La **persona**⁵, sujeto del cuidado, se concibe como ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferentes a éstas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, que reflejan los valores, las creencias y prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia. La noción de persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.

⁵ KEROUAC, et al, El pensamiento Enfermero, Barcelona, Masson, 1996 pp. 60-68.

El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería. Nightingale determinó las mismas leyes de la salud como las de enfermería, ya que en la realidad son las mismas, y se deben de lograr tanto en el enfermo como en el sano (Nightingale 1969).

Virginia Henderson , menciona a la **salud**, como representante de la calidad de vida. La salud es necesaria para el funcionamiento humano, y que requiere de independencia e interdependencia.; la promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Aunque no especifica una definición propia sobre la salud, cita varias definiciones de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es [la calidad de la salud mas que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida].

La **salud**⁶ es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, permitir la realización de las actividades cotidianas; por consiguiente, varía de una cultura a otra. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona para cuidar de su salud.

CUIDADO DE ENFERMERIA:

Son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.

Virginia Henderson, menciona que la única función de enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación.

El objeto de estudio de la enfermería es el **cuidado**, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones

⁶ Idem.

ocasionadas por un problema de salud, indagando formas de compensar la carencia que se le presente⁷.

El cuidado de enfermería es cuidar la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.⁸

CONTEXTO:

Es un concepto fundamental para la disciplina de Enfermería, Virginia Henderson, tampoco hace una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como [conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo]. Y menciona que los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad, enfermería debe reducir las posibilidades de lesión. Ya que la enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario, ya que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que dispone.

El **entorno** comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona, por lo que un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se contextualiza en el entorno.

Además el entorno se comprende en los sitios donde la persona se desarrolla: el hogar, la escuela, los centros de trabajo y los lugares en los que atiende su salud: centros comunitarios, de asistencia social y hospitales.

⁷ COLLIERE, Marie Fraçaise, Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Barcelona, Interamericana, McGraw Hill, 1992. p. 240.

⁸ HACKPIELZ, María Mercedes, "Cuidado de Enfermería" en II Reunión Latinoamericana de Ética y Bioética en Enfermería, México, ENEO, UNAM, Agosto, 1997.

4.1.3. EL CUIDADO DE ENFERMERIA

Las referencias históricas de la enfermería se desarrollan alrededor de tres ideas fundamentales, tres tiempos diferentes pero bajo un mismo concepto; el trabajo de la mujer, la mujer como brindadora de la vida, como ser sexuado amenazador y como mano de obra explotada.

Desde el principio de la historia y hasta el inicio del cristianismo, los cuidados que se prodigaban las mujeres entre sí, eran propios de mujeres, como el ayudar a nacer o dar a luz, el cuidado del recién nacido y de los niños a cualquier edad, la atención a enfermos, heridos, y a los ancianos. Era entonces la mujer quien descubría las propiedades curativas de las hierbas y era ella quien entonces tenía el poder de la vida y de la muerte. Estas atribuciones no fueron entonces cuestionadas por el hombre quienes se encontraban ocupados cazando o haciendo la guerra.⁹

A partir del siglo VI, en que nacen los monasterios para las mujeres, la enfermería la practicaban por caridad mujeres que querían así salvar su alma, dedicando y sacrificando su cuerpo a la atención de quienes sufrían físicamente. La atención de las mujeres consagrada hacia los enfermos y necesitados, nace de sentimientos de culpa, que se han ido involucrando en las mujeres por su sexualidad y por su maravillosa calidad de ser dadora de la vida. La iglesia apoya al hombre a acusar a la mujer por seductora, y así, la sociedad entera pretende asexuar a la mujer que tiene contacto con los enfermos; La enfermera debe anteponer la espiritualidad y el alma para ver en el cuerpo enfermo del paciente la imagen de cristo.¹⁰ Durante la inquisición que duro cuatro siglos, la iglesia se sentía amenazada por los conocimientos de la curandera, sembró terror, quemando despiadadamente a toda mujer que conociera los poderes curativos de las hierbas.

Al finales del siglo XIX y principios del siglo XX, inicia el nuevo modelo de enfermería, pero influido totalmente por el de la mujer consagrada. La enfermera debe servir y vencer al médico, ser abnegada, dócil y sumisa. Este trabajo no era considerado como tal, y no estaba incluido en leyes laborales, se les pagaba dándoles comida, vestido y un lugar donde dormir.

⁹ GARCIA, De Cortazar. Historia General de la Alta Edad Media. Alianza Madrid 1983. pág. 64.

¹⁰ Florence Ninghtingale op cit. Pág. 2916.

Hasta la primera guerra mundial la enfermera se ocupaba mucho de los trabajos de limpieza y orden para lograr una mayor comodidad al enfermo, encargándose también de la confección de sus alimentos. Las prácticas de enfermería eran más simples.

En cuanto a la evolución de la enfermería en México no se puede negar la influencia religiosa, son las religiosas, las que se hacían cargo de los hospitales, mejor organizados que funcionaron muy bien. En la historia de México se le dio el reconocimiento a Sor Micaela Ayans (1818-1878), que en su tiempo fue la más notable enfermera de México.

En el tiempo de la Revolución no se olvida a "mama Cuca" (Refugio Esteves Reyes) quien sirvió como enfermera en el campo de las batallas; Así mismo la "dictomanía", que caracteriza a los "cuidados enfermeros" en este periodo histórico es de suma importancia a la hora de aprender los elementos que constituyen "los cuidados".

"Aunque una mujer entre al campo de la enfermería por el solo motivo de ganarse la vida, no debe abrazar el trabajo sin un sentido de las responsabilidades que la esperan, de lo honorable de su posición y de las oportunidades de exaltación personal a que está llamada mediante su perfeccionamiento. Debe ser una mujer de gran decisión y carácter, digna en su personalidad y en sus pensamientos, capaz para las grandes urgencias, tanto como para los pequeños detalles cotidianos. Debe ser pura de corazón y tener confianza en sí misma y llevar su profesión".¹¹

La enfermería ha sido una actividad esencialmente femenina, en un mundo donde el único trabajo justamente retribuido y socialmente reconocido es el de los hombres, lo que nos deja a las enfermeras como semiprofesionistas, relegadas a estar bajo el mando de los médicos, quienes no solamente se creen estar mejor preparados sino que en realidad han recibido una mejor preparación académica. Actualmente se continua explotando a quienes por vocación de servicio nos gusta atender a los enfermos o a gente sana que nos necesita; pero cuando estamos por iniciar un nuevo milenio, no se debe de confundir la sociedad a la vocación de servicio con el merecimiento de una justa retribución económica y de un reconocimiento social hacia la labor de la enfermera como profesional.

¹¹ H.R. Storer, Enfermeras y Enfermería, 1868, Boston.

En la actualidad; por un lado tal y como se ha explotado, "la profesionalización " surge fuera del concepto "caritativo" y por tanto como una necesidad social en el marco del vacío creado por la sociedad restante ante la atención a los enfermos. La enfermería en un momento histórico debe proveerse de un método de análisis y de un trabajo riguroso que la acerque a las demás disciplinas. La enfermería como disciplina desde la enseñanza superior, debe interiorizar los postulados vigentes en el seno de la Universidad considerando su situación preparadigmática como punto de partida y estableciendo estructuras del pensamiento y de acción que obligue al cuestionamiento y a la argumentación de objetos de estudio.

Este campo se presenta como una vía prometedora para dar cuenta del amplio abanico de conocimientos concepciones y actividades científicas profesionales que configuran tanto el proceso histórico como realidad actual de la enfermería y cuyo verdadero alcance.¹²

4.2. -PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

En un principio, el ejercicio de la Enfermería abarca numerosos papeles. El profesional de la enfermería se centraba en las medidas de consuelo y el mantenimiento de un entorno higiénico. El profesional de Enfermería como prestador de atención sanitaria cubre las necesidades totales del cliente. Desde entonces, han aparecido varios factores que han alterado las dimensiones de la práctica de la enfermería, como cambios sociales, científicos o tecnológicos, docentes, económicos y políticos. Durante el proceso evolutivo, el hilo central que se ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del cliente. El papel que desempeña el profesional de enfermería en la prestación de estos servicios secundarios ha pasado de prestador a coordinador. Esto permite al profesional de enfermería concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de los problemas del cliente. El método mediante el cual se consigue esto es el proceso de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

¹² HERNANDEZ, Conesa, Juana "Historia de la enfermería una análisis histórico de los cuidados de enfermería", Interamericana Mc Graw Hill, 1995.

Tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro (valoración, planeación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

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 la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que existe habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir 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. Estas cinco fases se utilizan en toda interacción con un paciente, por más breve que sea el contacto.

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 la salud. Yura y Walsh (1988), afirman que "el proceso de enfermería es una serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar, si por alguna razón no se puede conseguir elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

El proceso de atención de enfermería, consiste en pensar como enfermera, es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión. Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado, por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.¹³

Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor; continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden. Para sobrevivir a los desafíos competitivos del próximo decenio, la enfermería debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. El proceso de atención de enfermería, es muy importante ya

¹³ MURRAY, Proceso de atención... Op Cit.

que, constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

El objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Mediante el (PAE), el cliente es beneficiado, ya que mediante este, se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero, se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Sus características principales es que, tiene una finalidad, se dirige a un objetivo, es sistemático, ya que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es dinámico, porque responde a un cambio continuo, interactivo, ya que está basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud., es flexible, porque se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades., y tiene una base teórica, ya que ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

4.3. ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

4.3.1 VALORACION

“La enfermera reúne datos de salud del paciente”.

Es la primera fase o primera etapa del proceso atención enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. La valoración es la parte de cada actividad que la enfermera realiza para el y con el.

En esta etapa se reúne la información para asegurarse de que dispone de “todas las piezas necesarias del rompecabezas” para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Todos los individuos utilizan constantemente sus cinco sentidos para evaluar los cambios en su ambiente y realizar los cambios necesarios para adaptarse a él.¹⁴

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos son:

- ❖ Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente, y cree sobre la enfermera, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- ❖ Los conocimientos profesionales: deben de tener una base de conocimientos sólida, que le permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y comunidad. Estos conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- ❖ Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

¹⁴ MURRAY, Proceso atención ... Op Cit. Pag. 9

- ❖ Comunicarse de forma eficaz.: implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- ❖ Observar sistemáticamente: implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- ❖ Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: un signo es un hecho que uno recibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Los criterios de evaluación siguen un orden de "cabeza a pies", es decir comenzando desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos"; se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zona más afectada.

Por "patrones funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo, familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Esta etapa se considera muy importante ya que, las decisiones e intervenciones de enfermería se basan en la información reunida. Este proceso de recogida de información incluye las siguientes actividades:

- ✓ Recogida de datos: reunir información sobre el paciente.
- ✓ Validación de los datos: asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- ✓ Organización de los datos: Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.
- ✓ Comunicación/ anotación de los datos: Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recogida de la base de datos.

Este es el primer contacto del paciente con el sistema de cuidados de la salud. En el momento del ingreso, se lleva a cabo una valoración de enfermería completa, y los datos pertinentes se anotan en la historia y en el plan de cuidados de enfermería. La recolección de datos continúa durante toda la permanencia del paciente en el hospital, a medida que se producen cambios y aparece nueva información.

El origen de los datos, además de la forma de recolectarlos, está en función a las fuentes que se tengan y los medios que se elijan para ello. Puede contarse con fuentes directas o humanas, e indirectas o documentales, así como medios e instrumentos que favorezcan su recolección.

La observación (utilización de los variados sentidos, no sólo la vista), la comunicación, entrevista, visita, encuesta, cuestionarios, guías y otros instrumentos. Esto favorece en tal forma, que permite descubrir la causa o causas

de las necesidades y/ o problemas, y así llegue fácilmente a formular el diagnóstico de enfermería.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los tipos de datos son:

- Datos subjetivos: no se pueden medir son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos- antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

METODOS PARA OBTENER DATOS

a) ENTREVISTA CLINICA:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista: formal o informal.

La entrevista formal, consiste en una comunicación con un propósito, específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

En el aspecto informal, es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

En una entrevista comenzamos por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva. la finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria y comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía en otras áreas como historial médico. En la parte final no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos, y constituir la base para establecer las primeras pautas de planificación.

b) LA OBSERVACION.:

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. Esta es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica.

c) LA EXPLORACION FISICA:

Al final de la recolección de datos es la exploración física o examen físico. La habilidad para realizarlo escapa a la mayoría de las enfermeras y suele ser efectuado por aquellas que tienen educación y adiestramiento avanzados, antes de comenzar el proceso físico del examen, hay que establecer una relación con el paciente y debe de explicarse a la paciente en que consiste y pedir permiso para efectuarlo.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación

INSPECCION: Se realiza un examen visual cuidadoso y global de la paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Centrándose en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Mediante este método se detectan características físicas significativas.

La inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios.

Según la región a explorar

LOCAL.- Inspección por segmentos

GENERAL.- Inspección de conformación, actitud, movimientos, marcha, etc.

Según la forma en que se realiza {
DIRECTA.- simple o inmediata
INDIRECTA.-Instrumental armada o indirecta

Por el estado de reposo o Movimiento {
ESTATICA.- O de reposo de un órgano o cuerpo.
DINAMICA.- Mediante movimientos voluntarios o involuntarios.

PALPACION: Consiste en utilizar el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

“la palpación es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Con el objetivo de detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, y corroborar los datos, durante el interrogatorio e inspección”.¹⁵

Y se puede hacer de diferentes formas como :

Según la forma en que se Realiza. {
DIRECTA.- o inmediata por medio del tacto y la presión.
INDIRECTA.-armada o instrumental mediante el empleo de instrumentos que permitan Explorar conductos o cavidades naturales O accidentales (sondas acanaladas, catéteres, estiletes, etc.)

¹⁵ ROSALES Barrera, Susana y Reyes Gomez Susana “fundamentos de Enfermería” ed. El Manual Moderno. Pag.140.

Según el grado de presión

SUPERFICIAL.-Con presión suave para obtener discriminaciones táctiles finas (textura de piel, Tamaño de ganglios linfáticos, etc.)
PROFUNDA.- con presión interna para producir depresión y así percibir órganos profundos.
UNI O BIDIGITAL. Con el objeto de investigar Puntos dolorosos, medir panículo adiposo, Estudiar movilidad de piel, etc.

Según el tipo de exploración

TACTO.-mediante uno o dos dedos. Se utiliza Para la exploración de cavidades rectal y Vaginal.
MANUAL.- sencilla o bimanual, en esta última se utilizan ambas manos; una para sentir la Cual se coloca contra abdomen y la otra Como "mano activa" aplicando presión mediante las protuberancias blancas de la palma de la mano pasiva.

PERCUSION: es un método de exploración física, el cual se emplea, implicando el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de producir movimientos, dolor y obtener sonidos, los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates, estos aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire. Y timpánicos: se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara; también para determinar la posición, tamaño, densidad. También se determina la cantidad de aire o material sólido de un órgano. Y puede ser de manera directa o inmediata, cuando se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poco intensa. Digito-digital, se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro de la mano izquierda, sobre la región a explorar. O indirecta, armada o instrumental mediante golpes sobre cualquier superficie osteomusculoarticular. La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad.

AUSCULTACION: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utilizan instrumentos como el estetoscopio y se determinaron características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

“La auscultación es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído.” Se utilizó un estetoscopio de pinar para escuchar los ruidos producidos por la contracción cardíaca fetal, así como el de la madre adolescente al valorar su frecuencia cardíaca con el estetoscopio, su frecuencia respiratoria, el peristaltismo intestinal, etc. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Como ya se mencionó anteriormente una de las técnicas utilizadas que aborda un examen físico es explorar de: cabeza a pies, este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo. Por sistemas y aparatos, se valora el aspecto general y las constantes vitales. Y por patrones funcionales de salud: aquí de acuerdo a la recogida de datos, los hábitos y costumbres de individuo, familia, etc, determinan el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto a la salud.

VALIDACION DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Asegurarse de que los datos que posee son correctos, si no se está segura de la validez de la información deberá obtener más datos para verificar lo que ha enumerado como hecho, en vez de seguir adelante y analizar e identificar problemas de salud, porque partir de una información incorrecta podría hacer que se cometiera un error en la identificación del problema.¹⁶

Las enfermeras experimentadas son más propensas a advenir cuando la información es cuestionable o incompleta.¹⁷

La medición, es la comparación de magnitud con una unidad previamente establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente.

¹⁶ ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. Barcelona Madrid. 1992, pag. 45.

¹⁷ Idem, pag.46.

“La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano”. La medición de peso y talla es una serie de maniobras que sirve para cuantificar, la cantidad de gramos de la masa corporal y la distancia existentes entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo, ocupando una báscula con estadiómetro, una hoja de enfermería donde registrar los resultados obtenidos. Así como la toma de signos vitales, que se describen como fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en forma constante, y estos son temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea.

4.3.2. -DIAGNOSTICO

“La enfermera analiza los datos de la valoración para determinar diagnósticos”.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.

Pasos de la etapa de diagnóstico:

Se requieren de cuatro pasos fundamentales para realizar esta etapa.

1. Razonamiento diagnóstico.
2. formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. validación.
4. registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Para poder diagnosticar, la enfermera se vale de un proceso mental que le permite establecer la relación de los hechos. Este proceso mental estará influido por sus conocimientos científicos, por sus experiencias previas de enfermería y su definición muy personal de enfermería.¹⁸

El diagnóstico de enfermería es diferente al diagnóstico médico, por varias razones. El diagnóstico médico se basa únicamente en el proceso patológico que constituye el problema o problemas de salud específicos del paciente. El diagnóstico de enfermería no interfiere con el diagnóstico médico, si no por el contrario, ambos deben complementarse para llegar al conocimiento profundo del

¹⁸ CAMPOS, Domínguez “Diagnóstico de enfermería”. Trabajo mimeografiado presentado en las Jornadas de Enfermería del Instituto de Seguridad Social al servicio de los Trabajadores del estado. Méx. D.F.

paciente y así poder iniciar un plan de acción efectivo.¹⁹ El diagnóstico médico se mantiene hasta que la paciente recupera la salud o se muere y el diagnóstico de enfermería se caracteriza porque “...es dinámico, puesto que puede, y generalmente lo hace cambiar de un día para otro con las variaciones de la enfermedad, con el cambio de actitud y con el cambio de la situación de la paciente...”²⁰

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina “razonamiento diagnóstico”, su habilidad para identificar los diagnósticos de enfermería y otros problemas de salud con meticulosidad dependerá de su habilidad para ser metódica, sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud del paciente.²¹

Para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, se requiere de haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A y la escritura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

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

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

El primero describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.

Un diagnóstico de enfermería real, se refiere a un problema que existe en el presente, es decir, que existe en la realidad según Carroll-Johnson, 1991.²²

El diagnóstico de riesgo (potencial), describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad

¹⁹ KORZIER, B.. Tratado de enfermería Práctica. “El proceso de Enfermería”. 2º ed., Ed. Interamericana. México 1974 pag. 57-59.

²⁰ MATHENY, Notan., “La Enfermera y el proceso de solución de problemas” Traducido de: Fundamentals of patient Centered Nursing. The C.V. Mosby and Co., Saint Louis.

²¹ ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso atención de enfermería. Guía práctica. Barcelona.Madrid 1992 pag. 61.

²² MURRAY, Proceso Atención... Op Cit pag.44

vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico de alto riesgo se establece con base en lo que la enfermera ha aprendido y su experiencia en situaciones similares, y también con base en su comprensión de la fisiopatología²³

El diagnóstico de salud, es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Durante la validación la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Una vez ya validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, puede escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

4.3.3.- PLANEACION

"La enfermera desarrolla un plan de atención que prescribe intervenciones para alcanzar resultados esperados".

Una vez que la enfermera ha colectado datos sobre el paciente, los ha analizado y ha formulado algunos diagnósticos de enfermería, comienza la fase de planeación.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo uno a uno los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Y comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería²⁴.

El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. La enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación, y usando el método inductivo predice cuáles son las correctas.

²³ IDEM

²⁴ DONABEDIAN, A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. Analysis of a nursing audit, Nurs Outlook pag. 57-60 1968.

La inducción es el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte todo. El grado de deducción depende de la experiencia, la perceptividad y el conocimiento teórico de la enfermera.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son más urgentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe esforzarse.²⁵

Definición:

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre la paciente /cliente. El formato de Plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico. Sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la indentificación de la información oportuna.

Su objetivo es el servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente/paciente. Se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembro del equipo de atención sanitaria. Además sirve para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorado en las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos, analizando los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia, el personal de enfermería, las instalaciones de cuidado de la salud y los recursos disponibles, creencias y valores personales e individualizar la atención de enfermería.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas. (Carpenito 1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados:

- Establecer prioridades en los cuidados. (selección) se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del paciente / cliente con resultados esperados. Se describen los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/ o de la familia como por parte de los profesionales. Y se deben de fijar a corto y largo plazo.

²⁵ YURA, H. , and Walsh. M. B. The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating, New York, 1973 , reimpretrions, 1997. pags. 36-43.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y /o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Aquí se especifica que hay que hacer, cuando, como, donde y quién ha de hacerlo.
- Documentación y registro.

El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.

Acciones del Plan de Cuidados

Las acciones de enfermería expresadas en el Plan de Cuidados son las tareas específicas que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos, dicho con otras palabras son las acciones o actividades, a veces llamadas órdenes de enfermería, que hay que realizar para cumplir los objetivos.

Las intervenciones de enfermería son aquellas actividades específicas que la enfermera planea y realiza a fin de ayudar al paciente a lograr el objetivo y afrontar el problema de la etiología o los factores de riesgo identificados en el diagnóstico de enfermería, y tratan de reducirlos o eliminarlos si es posible.

Es importante que la enfermera, junto con el individuo, familia y comunidad, determine su participación dentro del Plan para lograr los objetivos planeados. Las acciones de enfermería del Plan de cuidados deben ir encaminados al logro de los objetivos trazados, tomando en cuenta los recursos existentes para su aplicación.

4.3.4.- EJECUCION

“La enfermera realiza las intervenciones identificadas en el plan de atención”.

La ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería compresivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico.

Implementación del Plan

Una vez seleccionado el plan más adecuado para la resolución de las necesidades y/o problemas del individuo, familia y comunidad, se procede a la implementación del plan de cuidados de enfermería. Esta consiste en la ejecución y/o delegación de las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada. Las acciones deben estar basadas en principios científicos para que proporcionen una atención de calidad. En esta etapa se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución.²⁶

El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.²⁷

Esta etapa consistió en validar el plan de atención, para ver si es seguro razonable y de calidad, la enfermera debe ser flexible en esta etapa, debe estar abierta a sugerencias y prioridades cambiantes del sujeto y sus familiares, pero está comprometida a ayudarlos a comprender y aceptar la atención de enfermería a fin de promover la salud y reducir, eliminar o prevenir problemas.²⁸

4.3.5.- EVALUACION

La evaluación es la fase final del Proceso de Enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el cliente. Las directrices de la American Nurses' Association (ANA), el proceso de enfermería, las agencias reguladoras y la ley para la práctica del profesional de enfermería, exige que la evaluación forme parte de la práctica del profesional de enfermería. La directriz de la (ANA) sobre la evaluación identifica a ésta como componente esencial del Proceso de enfermería. (*).^v

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un

²⁶ Ibid.

²⁷ Chambers, W., Nursing diagnosis, Am. J. Nurs. 1991, Durand, M., and Prince, R. Nursing diagnosis: process and decision, Nurs. Forum 5 pp.50-54.

²⁸ MURRAY, Proceso... Op Cit. Pag 117.

^v (*) Ver Anexos. Directriz VI de Evaluación de la ANA: planificación. (El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente hacia la consecución de los objetivos.).

juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona. Comparándolo con uno o varios criterios.²⁹

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/ problema/ diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.³⁰

La evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados., se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica qué problemas fueron resueltos, y cuáles requieren revaloración y re planeación.³¹

La evaluación es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándar. "medir el logro de las metas fijadas siguiendo las actividades correspondientes a los cuidados del paciente para apreciar sus reacciones a los mismos. Hace uso de su capacidad de valoración para determinar las respuestas del paciente a sus intervenciones y compararlas con los criterios que estableció para determinar sus metas u objetivos. Basado en los resultados, se decide continuar con el mismo enfoque y sus acciones o alterarlos a la luz de la información obtenida."³²

Aunque está considerada como la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí. La evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.³³

²⁹ seminario taller "El proceso de Enfermería" ENEO, Coordinación de educación continua

³⁰ idem.

³¹ CARLOSON, S.: A practical approach to the nursing process, Am. J. Nurs 72 1998.

³² COLLADO, Carol. "Elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería" Trabajo inédito mimeografiado presentado en el taller sobre Atención de Enfermería, México, D. F. mayo 2-12 1972.

³³ MARRINER, R.N. "El proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico", Manual Moderno pag. 5..

La evaluación también sirve de incentivo para mejorar la enseñanza y el desarrollo y bienestar del personal de enfermería. Así se podrá esperar una mejor calidad de la atención de enfermería que recibe el individuo, familia y comunidad.

Las enfermeras deben evaluar constantemente sus propios desempeños, determinar sus propias fuerzas y debilidades, considerar de qué forma podrían haber llevado a cabo una tarea con mejores resultados, usar el análisis para referencias futuras y buscar ayuda para mejorar su desempeño. Esto es sumamente importante, porque la calidad del cuidado del paciente depende de la calidad de las personas que proporcionan dicho cuidado y del uso efectivo del procedimiento de enfermería.

4.4. EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Virginia Henderson nace en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Hernderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en la Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B. S. y M. A. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva Cork Vuelve al Teacher's Collage en 1930, como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's Collage, re escribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harper, *Textbook of the Principles and practice of nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50. desarrollando una gran labor de investigación. Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale.

Durante la década de los 80. Henderson permanece en activo como Research Associate Emeritus en Yale. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor honoris causa y el primer Premio Mary Adelaida Nutting de la U. S. Nacional League for Nursing.

Henderson se interesó por los cinco años de investigación que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Se observa una correlación entre la Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson.

Más recientemente, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha buscado entre las diversas investigadoras y filósofas de la Enfermería, Henderson entre ellas, las bases teóricas para el desarrollo de sus propuestas de Diagnósticos de Enfermería como instrumento de sistematización del trabajo enfermero.

Probablemente por su sencillez y facilidad de interpretación, el modelo Henderson ha sido el más utilizado en los diferentes diagnósticos enunciados y desarrollados hasta ahora.

Henderson se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no defendían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión. La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que la función propia de la enfermera de la siguiente forma: " La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible."

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

- 1.-PERSONA (necesidades básicas)
- 2.-SALUD (Independencia, dependencia, causas de la dificultad o problema)
- 3.-ROL PROFESIONAL(cuidados básicos de la Enfermería, relación con el equipo de salud)
- 4.-ENTORNO(factores ambientales, y socioculturales).

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 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) promover su desarrollo y crecimiento:

1. necesidad de oxigenación.
2. necesidad de nutrición e hidratación
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 los 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

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona.

Henderson, inicialmente no pretendía elaborar una teoría de enfermería, lo que le llevó desarrollar un trabajo, fue la preocupación que le causaba la constante ausencia de una determinación de funciones propias de la enfermera, la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia, como enfermera graduada, siguió interesándose en este tema, se dio cuenta que los libros que, pretendían ser básicos para la formación de enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no podían establecer principios y la práctica de la profesión.

La única función de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud.

Las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, inherentes a cada persona así como por la estrecha relación existente entre las diferentes necesidades que implican, cualquier modificación en cada una de ellas, es decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad si no solamente de una parte de su realidad de la persona. Siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado del individuo como un todo.³⁴

³⁴ Fermin Carmenetal Fernando. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Asno Salvat. Barcelona 1995. pág. 82-83.

Virginia 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 la interdependencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua. Con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud, (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno mismo en base a sus propias capacidades de las 14 necesidades básicas) cuando esto no es posible aparece una independencia que se debe según Henderson a tres causas y que se identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “Falta de voluntad”.

El concepto de **independencia** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo 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.³⁵

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, todo ello a su vez modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetro de normalidad en cada caso concreto.

La **dependencia**, puede ser considerada 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, Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- 1) Falta de fuerza, interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, si no también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.³⁶

³⁵ Idem pag. 85.

³⁶ Idem, pag. 86.

- 2) Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- 3) La falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

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.

Rol profesional cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona, como dice Henderson "este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia, controla y en el que es dueña de la situación".³⁷

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas.

4.5. - VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS DEL INDIVIDUO

El ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas. Consiste en una serie de indicaciones en cuanto a aspectos a observar de forma directa o indirecta así como las preguntas que de forma general deberían ser hechas para valorar el estado de cada necesidad.

- Todo lo referente al aparato circulatorio hay sido incluido en la "necesidad de oxigenación" (esta especificación es necesaria dado que diversas autoras, cuando aplican este modelo, incluyen los aspectos relativos al aparato circulatorio en otras necesidades, según cada visión particular).
- El dolor, es un elemento que ha sido incluido en la valoración de distintas necesidades, aunque de un modo más específico pensamos que debe ser considerado en la "necesidad de reposo y sueño".
- Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la necesidad de evitar los peligros"

³⁷ Idem, pag. 87.

- Los aspectos de desempeño de rol y status se representan en la "necesidad de trabajar y realizarse" y en la "necesidad de evitar los peligros".
- Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona ha sido incluido en la "necesidad de comunicarse".
- Lo relativo a las relaciones significativas o aspectos que tienen relación con la interdependencia del ser humano se trata en la "necesidad de comunicarse".
- Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La valoración de la ansiedad/ estrés se incluye en todas las necesidades, al preguntar cómo influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de los factores que influyen la satisfacción de las necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona. Estos factores son por una parte **biofisiológicos**, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los **psicológicos** se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento). Y los aspectos **socioculturales**, se refieren al entorno físico de la persona (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona. Así, el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario, etc. El entorno físico más lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.) el entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporcionan la familia, la escuela, las leyes y políticas por las que se rige la comunidad de referencia, etc. Todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona.

Factores que influyen esta necesidad

BIOFISIOLOGICOS: Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).

PSICOLOGICOS: emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc) ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.

SOCIOCULTURALES: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima contaminación ambiental).

4.6.- CONCEPTUALIZACION DE LAS NECESIDADES BASICAS DEL INDIVIDUO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

4.6.1.- NECESIDAD DE RESPIRAR O DE OXIGENACION.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

La respiración es una de las funciones involuntarias de nuestro organismo (regida por el sistema nervioso autónomo o de la vida vegetativa) sobre las cuales sí podemos ejercer voluntad. Es decir podemos jugar con la respiración pausándola, incrementando su velocidad, profundizándola, deteniéndola, etc.

La función respiratoria responde de manera automática (instintiva) a nuestras emociones, sensaciones, actividad física y aún a nuestras posiciones. Esto quiere decir, que el ritmo y la profundidad de nuestra respiración se modifica en relación directa con los estímulos que nos llegan momento a momento.

La respiración rítmica lenta es un sedante del Sistema Nervioso que propicia la relajación.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION.

Para satisfacer su necesidad de respirar, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración de aire a través de las vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada. La respiración es un conjunto de mecanismos a través de los cuales el organismo utiliza el Oxígeno (O₂) y se deshace de su gas carbónico (CO₂). El proceso fundamental de esta función es la oxidación, a través del oxígeno, de sustancias de la célula ricas en energía (sustratos tales como glucosa y ácidos) que resulta de la producción y acumulación de grandes cantidades de energía. La combustión completa de un sustrato se traduce por la disminución de producción de agua y gas carbónico. He ahí, una función de gran importancia para cada una de nuestras células. La inhalación de aire se hace durante la inspiración y la exhalación durante la espiración. La circulación del aire se efectúa gracias a la permeabilidad de las vías respiratorias (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y alvéolos) y a los movimientos de los músculos de la caja torácica y del diafragma, los cuales crean una presión negativa en el árbol respiratorio.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION.

A nivel de la necesidad de respiración se observa un solo problema de dependencia: la disnea, de este problema se derivan todas las manifestaciones de dependencia observables en cada individuo como es la taquipnea, bradipnea, etc. Esta se define como una respiración difícil, laboriosa y corta. Múltiples causas pueden provocar la disnea, cualquiera que sea la causa el resultado es el mismo, hay una insuficiencia de entrada de aire en los pulmones y como consecuencia, una acumulación de CO₂, el cliente o paciente que sufre esta causa siente la sensación de sofoco o de ahogo, provocando un elevado grado de ansiedad, pudiendo llegar a la angustia, la enfermera, frente a este problema de dependencia tiene varias intervenciones que puede realizar con el fin de satisfacer la necesidad de la mejor manera posible.

4.6.2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

la nutrición es uno de los indicadores de la salud, tanto a nivel individual como colectivo en el que juegan un papel importante algunos factores externos como son la disponibilidad de alimentos, cultura, conocimientos, sobre valores nutritivos y poder adquisitivo.

La necesidad de nutrirse, como es el beber y comer, es una necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad y cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

La diferencia existente entre alimentación y nutrición, es que la primera estriba en el acto de seleccionar, preparar e ingerir los alimentos y la segunda se refiere al conjunto de cambios que se establecen entre un organismo vivo y el medio ambiente.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

Para mantenerse sano el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Una alimentación balanceada debe contener cinco elementos importantes como son los glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. El aporte adecuado de líquidos es indispensable, ya que desempeña funciones importantes como mantener el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal,

conserva la humedad de la piel, mucosas y favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular. En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para:

- La construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.
- Las síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (enzimas y hormonas)
- La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (hemoglobina y anticuerpos).
- La producción de energía.

DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuados que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza.

La ausencia de un estado nutricional óptimo y la falta de utilizar y suministrar nutrientes esenciales para mantener el estado de salud hace que las personas lleguen a una dependencia de otra persona para satisfacer esta necesidad.

En la salud, los factores que afectan los requerimientos dietéticos diarios incluyen la edad, sexo, cantidad y calidad, actividad física diaria, embarazo y lactancia, clima.

Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad o cuando hay tensión emocional o necesidad de una reparación tisular extensa.

Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal. En el hipotálamo existen centros del hambre y de la saciedad. En el centro del hambre (o de la alimentación) inicia una búsqueda de alimento, mientras que el centro de la saciedad inhibe al centro de la alimentación.

El metabolismo es la suma de todas las reacciones químicas que ocurren en las células del organismo. El metabolismo incluye anabolismo y catabolismo. El anabolismo es la parte del metabolismo en la que se sintetizan los elementos celulares a partir de los nutrientes que se le proporcionan. El catabolismo es la parte de metabolismo en la que se degradan los elementos y se libera energía.

Los signos y síntomas de problemas nutricionales, ya sean existentes o potenciales, incluyen aquellos relacionados con deficiencias nutricionales, relacionados con trastornos del aparato gastrointestinal y estructuras accesorias y también los relacionados con el aprovechamiento inadecuado de los alimentos.

La deficiencia proteica y calórica produce pérdida de peso, debilidad, fatiga, pérdida del tono muscular, retardo en el crecimiento, disminución de la resistencia a las infecciones y defectos en la cicatrización.

La desnutrición es la alteración en la cual las necesidades nutricionales del organismo no se satisfacen adecuadamente. Y puede resultar de problemas relacionados con: la ingestión de los alimentos, la digestión y absorción de éstos, la utilización de los mismos y/o un aumento en las necesidades de ellos.³⁸

4.6.3.-NECESIDAD DE ELIMINACION

Eliminar es la necesidad que tienen el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen.

INDEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE ELIMINACION

El mantenimiento de la composición del medio interno (líquido extracelular) de forma continua, se efectúa por el proceso de homeostasis. En efecto, todo cambio en el volumen extracelular conlleva modificaciones en la composición constante. Este mantenimiento continuo se debe sobre todo a los pulmones, que controlan el CO₂ y el O₂, y los riñones, que mantienen la composición química de los líquidos del organismo a un nivel normal. Los riñones son los órganos principales de la homeostasis, puesto que mantienen el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido-básico del medio interno y dejan la sangre libre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo.

El organismo debe también eliminar desechos de la digestión. El quimo intestinal, cuando llega al intestino grueso, contiene sustancias indigestas con las fibras celulósicas de las legumbres, células intestinales y pigmentos biliares. Las sustancias útiles al organismo, sodio y agua, son absorbidas por osmosis, solo quedan, residuos, que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminados al exterior.

³⁸ NORDMARK, Rohweder, "Bases Científicas de la enfermería", Ed. Manual Modemo, 1997 pags.243-267

DEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE ELIMINACION

La necesidad de eliminación generaliza a todas aquellas, por las que el cuerpo excreta sustancias de desecho o de las cuales el organismo no requiere en un momento dado. Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas de la eliminación deficiente del conducto gastrointestinal.

Otro de los aspectos a valorar es el uso de medicamentos que alteran la función renal o la producción de diarrea.

4.6.4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.³⁹

INDEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

La movilidad o una postura dinámica, dependen de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos. Estos deben contraerse para producir un movimiento. Los nervios conducen los impulsos del sistema nervioso central hacia los músculos y estos devuelven los impulsos de los receptores sensoriales al sistema nervioso central. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente le permite evaluar su estado de salud y su forma física, al realizar movimientos se realiza ejercicio pasivo que tiene un efecto benéfico para su organismo, particularmente acelerando la circulación, lo que favorece la oxigenación tisular.⁴⁰

DEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

Una de las actividades que realizamos durante la vida, requiere de estados de equilibrio y movimientos del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso, los que llevados a cabo con la aplicación de ciertos movimientos científicos disminuye el gasto de energía y por consiguiente el cansancio. Estas situaciones de equilibrio y movimiento de los cuerpos, son estudiados por la física a través de la mecánica. La mecánica aplicada a los seres vivos se denomina mecánica corporal, que es la disciplina que trata del movimiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso. Ya que su objetivo es mantener una actitud funcional, prevenir anomalías del aparato músculo esquelético y del sistema nervioso

³⁹ ROSALES, B. "Fundamentos de Enfermería" Op Cit 92 – 105.

⁴⁰ IBIDEM.

periférico. La aplicación de la mecánica corporal estriba fundamentalmente en la postura, posición, movilización y traslado de un organismo. La posición se refiere a la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento. Con el objetivo de mantener el funcionamiento corporal en equilibrio del sistema circulatorio, junto con los aparatos musculoesquelético, respiratorio y urinario, apoyar en la aplicación de tratamientos necesarios, favorecer el estado anímico del individuo. La movilización influye en la atención correcta de las necesidades personales en cuanto a limpieza, eliminación y alimentación.

La acción de poner en movimiento una parte del aparato musculoesquelético requiere no solo de la alineación corporal, sino también del uso de medidas de seguridad y comodidad, una de ellas, la relativa a la movilización de articulaciones con fines estéticos, de diagnóstico, deportivos y de tratamiento, con el objeto de mejorar el aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios fisiopsicológicos y lograr movimientos coordinados y dirigidos para efectuar actividades básicas, necesarias e indispensables en la vida diaria. Cuando por razones diversas el paciente no puede realizarlas por sí solo, se necesitará de una capacitación específica mediante métodos y técnicas que le lleven a una recuperación funcional tendiente a la aplicación de actividades que le permitan satisfacer necesidades primordiales de independencia.⁴¹

4.6.5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen funcionamiento del organismo.

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse.⁴²

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DEL DESCANSO Y SUEÑO.

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental).

El término reposo tiene un significado muy amplio: tranquilidad o inactividad refrescantes después del ejercicio, o alivio de cualquier factor preocupante problemático o perturbador. Al hablar de reposo se hace referencia a un estado en que se disminuye la actividad corporal con la sensación consecuente de

⁴¹ IDEM

⁴² NORDMARK, "Bases Científicas..." Op Cit. Pags. 303- 309.

descanso. Para algunas personas, el reposo consiste en disfrutar tranquilamente interrumpiendo las actividades cotidianas, mientras que para otras se acompaña necesariamente de sueño.

Los requerimientos del sueño están influidos por la edad, las características fisiológicas individuales, el estado de salud, el nivel de tensión (durante los periodos de tensión puede aumentar las necesidades de sueño), la presencia o ausencia de motivación para mantenerse despierto y activo tanto mental como físicamente, el condicionamiento, etc.

Se dice con frecuencia que se requiere del sueño para la restauración de las células del cuerpo, pero no hay datos científicos que indiquen la necesidad del sueño para la reparación fisiológica.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DEL SUEÑO Y DESCANSO

La sensación de dolor, presión, ruido, fatiga y así sucesivamente, producen la vigilia por mediación de los órganos y las células periféricas. La vigilia es un estado activado por la corteza cerebral y las sensaciones corporales.

El sueño siempre se verá afectado cuando existe alguna situación de estrés y hay un desajuste en los patrones normales del sueño y descanso.

4.6.6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo, este debe de llevar ropa adecuada según las necesidades y circunstancias, para protegerse, del clima (frio, calor, humedad, etc) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos representa también el permanecer e un grupo, a una ideología o a un estatus social, la ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

INDEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE USAR PRENDAS ADECUADAS.

El ser humano a diferencia de los animales no tiene plumas, ni escamas ni pelaje para proteger su cuerpo, para mantener en optimas condiciones de vida debe protegerse del clima y sus diversos cambios. Así para el cuidado de la salud el individuo elige las ropas adecuadas según las circunstancias y la necesidad. También asura su integridad preservando su intimidad sexual. De acuerdo a la cultura varían las costumbres. El vestido en el ser humano juega un papel importante en el individuo, ya que contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la comunicación.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

Cuando un paciente es hospitalizado, independientemente del genero no se puede cumplir de acuerdo a los hábitos que el paciente acostumbra social y culturalmente, pero el objetivo que se pretende es mantener cómodo respetando su individualidad e integridad como persona, brindando vestimentas que le den seguridad de movimiento de acuerdo a su complexión y talla. (como lo es una bata adecuada para el paciente).

4.6.7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.⁴³

Los seres humanos somos homeotérmicos, o sea que somos animales de sangre caliente en los que se mantiene la temperatura corporal en forma independiente del medio ambiente.

La temperatura óptima para la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal, la cual fluctúa entre 36 y 38° C. con un promedio de 37 °C. la función de las células del organismo se altera cuando la temperatura es menor a 34°C. o mayor de 40°C. si la temperatura se eleva por arriba de 41°C. comienza la degeneración celular y ocurren hemorragias locales.

INDEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE TERMORREGULACION

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. Y el mantenimiento de este equilibrio, es gracias al funcionamiento de los centros reguladores situados en el hipotálamo. El calor y el frío captados o percibidos por los receptores cutáneos, transmiten impulsos al hipotálamo, que actúa regulando la temperatura corporal. Cuando se eleva los centros anteriores del hipotálamo inhiben la producción de calor, y aumentan la pérdida del calor provocando una vasodilatación de los vasos cutáneos, una relajación muscular y una estimulación de las glándulas sudoríparas, por lo tanto aumento de la respiración.

La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos (más el adquirido del ambiente) y la pérdida del calor hacia el ambiente.

⁴³ Idem

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

Cuando ya requiere esta necesidad un grado de dependencia, los cuidados de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una temperatura corporal óptima. En los casos de hipotermia e hipertermia debido a alguna alteración en el paciente, como alguna infección o presencia de pirógenos que cambien el patrón termostático del centro regulador del calor.

4.6.8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

El estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo, tener una apariencia adecuada, cuidada, mantiene la piel sana. Con la finalidad de actuar como protección contra cualquier penetración en el organismo de agentes patógenos.

La piel y las mucosas sanas e íntegras, son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.

INDEPENDENCIA DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

La piel es el mayor órgano del cuerpo. Cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratoria y genitourinaria.

La piel sana e intacta, previene la pérdida de agua, desempeña un papel de suma importancia en la regulación de la temperatura. Además participa en la eliminación de residuos como sudor, etc. Refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor, para que se lleven a cabo estas funciones debe estar en óptimas condiciones (limpia, aseada y cuidada). Participa en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas.

DEPENDENCIA DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones, por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representa una amenaza constante para su salud; para que los pacientes se sientan más cómodos y descansados tanto físicamente como mentalmente, debe realizar prácticas higiénicas relativas a la limpieza. Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los pacientes es una de las funciones primordiales del equipo de salud, pues sabemos que en algunos individuos la estimación del aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica el grupo del que procede; el suministrar alimentos, agua y oxígeno en cantidad y calidad suficientes, hace que la salud de la piel, dependa en gran parte de una nutrición e ingestión de líquidos adecuadamente.

El uso de emolientes hace que se proteja, la piel contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor, frío, sustancias químicas, microorganismos y traumatismos. El proporcionar limpieza general a un cuerpo que es incapaz de hacerlo por sí mismo, o que por alguna circunstancia no lo puede realizar como lo acostumbra, es con el objetivo de eliminar células muertas, las secreciones, el sudor, el polvo, a través de jabón y agua corriente, hace que favorezca el estado de ánimo del paciente, y permita a la piel realizar sus funciones protectoras, favoreciendo la apariencia exterior.

4.6.9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

INDEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Todos los individuos a lo largo de la vida, estamos en continua amenaza, por estímulos del entorno físico y social. Continuamente debemos protegernos contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos, como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Existen numerosos medios naturales para defenderse, como la piel, los pelos, las secreciones, que impiden la penetración directa de agentes externos en el organismo. El ser humano se ve amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y también de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad, utiliza mecanismos de defensa.

DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Cuando existe una total dependencia por parte de el paciente o cliente, nuestro objetivo como personal profesional es evitar a toda costa los peligros, tanto físicos, químicos, ya sea de agentes internos o externos, o causen inestabilidad biológica, psicológica y social.

4.6.10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

La comunicación es una necesidad básica del ser humano, ya que es un proceso dinámico verbal y no verbal, y que permite transmitir sentimientos, opiniones, experiencias e información , etc.

La comunicación a través del lenguaje incluye tanto elementos sensitivos como motores en el uso y el entendimiento de los símbolos que se utilizan para la expresión de las ideas.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus ideas vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. La familia el entorno y el conjunto de la misma sociedad, concurren , por medio de la comunicación.

La realización de la comunicación se basa, pues en un conjunto de condiciones biopsicosociales sin las cuales no sería posible su existencia. La persona capaz de comunicarse con sus semejantes es físicamente apta para recibir estímulos intelectuales, afectivos y sensoriales que se desprenden de su entorno. Es también susceptible, en el aspecto psicológico, de escoger su significado y de responder de manera adecuada a su entorno relacionándose en la sociedad naturalmente. Una persona independiente es capaz de afirmarse de forma que hace posible la expresión de sus necesidades, sentimientos, ideas, opiniones y deseos.

DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

La comunicación ayuda al paciente a formar una actitud positiva y segura ante los demás por eso, la importancia que tiene esta. El papel de enfermería por satisfacer esta necesidad básica, sobre todo cuando los problemas son alteraciones físicas o emocionales que presenta el individuo, hay interferencia en una o varias necesidades básicas y que requieren de atención sobre todo predomina el problema emocional. Para lograrlo hay que comprender la conducta humana, entender y aceptar la capacidad y las limitaciones de uno mismo. Brindar comprensión, estímulo y apoyo necesario en situaciones difíciles y frustrantes, así como proporcionar en forma sencilla e interesante ideas de serenidad, alegría y ánimo al paciente en la medida de sus capacidades, para formar una actitud positiva y segura de sí misma.

4.6.11.-NECESIDAD DE REALIZAR PRACTICAS RELIGIOSAS SEGÚN LA FE DE CADA QUIEN.

El equilibrio psicológico está influido por y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones, las creencias y las actitudes.

El ser humano aislado no existe. Esta interacción constante con los individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica del ser supremo, hace que interactúen con los demás continuamente, aportando a esta relación, las creencias y valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y su desarrollo de la personalidad.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD.

La satisfacción de necesidades espirituales pueden reducir la ansiedad y dar esperanza; la oportunidad de expresar preocupaciones, ya que el desarrollo de una relación terapéutica de confianza reduce el temor. Promoviendo la cooperación en los tratamientos.

La búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, desde hace décadas, lleva al individuo a realizar rituales que respondan a sus creencias y valores. Las emociones y los impulsos del individuo le empujan a cumplir las actividades humanitarias o religiosas.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

Cuando esta necesidad no está satisfecha, dos problemas de dependencia son susceptibles de producirse. La culpabilidad y la frustración. Todo individuo es susceptible de enfrentarse con situaciones en las que las iniciativas tomadas por los acontecimientos pueden por desgracia causar culpabilidad. La culpabilidad es un sentimiento fundamental e inmotivado, que manifiesta pérdida de la autoestima, la ansiedad, los conflictos sociales, etc. El sentimiento de autoconservación puede llevar a la ausencia de un objeto externo.

Comprender que cada paciente tiene una individualidad propia, ofreciendo ayuda espiritual ante los problemas de aceptación del padecimiento, diagnóstico sombrío o tratamiento prolongado o complejo, respetando hasta donde sea posible los preceptos de cada religión, aceptando la ideología en relación con la religión del paciente, independientemente de la que profese.

4.6.12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Ocuparse para realizarse es una necesidad de todo individuo, llevando a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones puede permitirle llegar a una total realización con plenitud.

INDEPENDENCIA DE ESTA NECESIDAD.

El individuo debe aprender a conocerse, a conocer a los demás y controlar su entorno. La satisfacción de esta necesidad implica la autonomía del individuo, la toma de decisiones y la aceptación de las consecuencias de esas decisiones tomadas. El ser humano siente el deseo de realizar actividades para llegar a un ideal en el que cree, lo que implica por parte del individuo el escoger una carrera o bien pertenecer a un grupo, que lo lleven a realizarse, la capacidad es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre la necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior de ellos mismo una gratificación que les permite encontrar eficazmente el entorno.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD

Según Abraham Maslow una de cada diez personas siente intensamente esta necesidad, la mayoría se centra en torno a las necesidades previas. La autorrealización incluye objetivos más elevados y abstractos. Cuando esta necesidad no está satisfecha puede sobrevenir los problemas de dependencia.

Los individuos buscan y actúan según las experiencias vividas en su entorno y que respondan a sus valores. Si la persona tiene una baja autoestima, percibe su entorno como un estado negativo y se siente atacada, amenazada y desvalorizada. A menudo el individuo manifiesta depresión, más o menos grave según su nivel de valoración, la pérdida de imagen de sí mismo física y psicológicamente es también muy importante.

Por lo que hay que adoptar una actitud de esperanza, ya que es un factor fundamental en la existencia humana.

4.6.13.- NECESIDAD DE RECREACION.

Necesidad de recrearse y divertirse es una necesidad del ser humano, tener una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

INDEPENDENCIA DE ESTA NECESIDAD.

Los seres humanos han dado gran importancia a la diversión desde hace muchos años. El ser humano ha sido siempre conciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Con los avances de la ciencia hoy en nuestros días la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión y de ocio que son accesibles a muchos. El individuo puede entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus aspiraciones. Por el contrario, ciertos individuos experimentan una gran satisfacción al trabajar y olvidan recrearse.

DEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE ESTA NECESIDAD

El aburrimiento y la tristeza es un problema que lleva a una dependencia y a una necesidad de recrearse, los individuos experimentan, en un momento dado y de forma mas o menos larga, periodos de aburrimiento, de tristeza, de pérdida de interés por la vida. Estas reacciones pueden producirse sin razones precisas o como consecuencia de una desgracia, del agotamiento o del cansancio.

4.6.14.- NECESIDAD DE APRENDER.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos,.

Aprender es adquirir el conocimiento mediante el estudio, ejercicio o experiencia.

INDEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE APRENDER

El autoconocimiento es, esencial para el individuo con el fin de llegar a analizar hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para, mantenerse en salud. Cuando ha adquirido los conocimientos, las actitudes y las habilidades para mantener su salud, el individuo experimenta un sentimiento de seguridad, para ser capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.

DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE APRENDER.

La ignorancia, es la ausencia de conocimientos, de las medidas que el individuo debe utilizar para mantener o recuperar su salud.

A menudo los pacientes y sobre todo en la edad adolescente carecen de información acerca de los factores de riesgo existentes sobre todo en el ámbito sexual y las enfermedades que se pueden contraer. La adolescencia es un periodo de transición por lo tanto surgen múltiples dudas, por los cambios que ocurren en esa etapa y se crea una inseguridad lo que le obliga a aprender.

4.7. - ADOLESCENCIA

A partir de los 11-12 años en las muchachas y 12-13 años en los varones, comienzan a aparecer una serie de cambios fisiológicos de importancia que provocan también una especie de tormenta psicológica en buen número de muchachos y muchachas. Se trata de la pubertad, que marca el comienzo de la adolescencia.

Esta etapa está llena de cambios importantes: la menstruación, el desarrollo genital, el desarrollo de las mamas en las jovencitas y el desarrollo genital, el cambio de voz, la emisión de semen entre otros, etc.

La adolescencia es uno de los periodos de mayor desarrollo de las capacidades cognitivas. Por lo que no han alcanzado aún esa madurez intelectual que llega con la edad.⁴⁴

Todos los niños como los adolescentes adquieren la mayor parte de la información sexual de sus amigos, de sus lecturas y del torrente de mensajes explícitos e implícitos que la sociedad emite. La información e interpretación de este material por parte de ellos es muy variable; desde la completa exactitud, hasta la completa incorrección.

⁴⁴ MELGOSA, Julián, ¡Sin estrés!, nuevo estilo de vida, editorial Safeliz, asociación Publicadora Interamericana, 3ra. Edición Julio,2000. pags.91-92.

Más de 1 millón de adolescentes, la mayoría solteras, se embarazan por año; o sea 1 de cada 10 adolescentes entre los 15 y 19 años, y se registran 30.000 embarazos por año en menores de 15 años.⁴⁵

En todo el mundo la actividad sexual entre adolescentes va "in crescendo". El consenso general es que el embarazo, en esas edades y condiciones, crea problemas tanto a la adolescente como a sus padres, sociedad y al hijo por nacer.

Ser madre adolescente no es un hecho aislado sino que es el desencadenante de una cadena de sucesos: abandono de los estudios, matrimonios prematuros o forzados con futuro incierto, abandono del hogar paterno a edades tempranas, menores posibilidades de trabajo y conflictos psicológicos que en algunos casos han llegado a desencadenar conductas suicidas.

Un hecho evidente es la coincidencia del comienzo de la actividad sexual, con la madurez de los órganos genitales. En 1840 esta madurez sexual se alcanzaba como promedio alrededor de los 17 años; actualmente la madurez sexual se anticipa, promedio 12-13 años, este hecho sería la consecuencia, en parte, de mejoras físicas conseguidas por adelantos medico nutricionales.

En la sociedad actual, el permanecer solteros durante más tiempo es la resultante de una serie de situaciones socioculturales: carreras universitarias largas, independencia económica difícil, aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales en culturas permisivas y el cambio en el papel social de la mujer que, incursionando en los mismos trabajos y carreras que el hombre, alcanza la misma independencia económica y sexual.⁴⁶

La ignorancia y la libertad incomprendida es muy costosa, ya que las niñas que empiezan su actividad sexual a los 15 años presentan un índice de embarazos que dobla a las de 18-19 años, con daños personales mucho mayores en todos los niveles.

No olvidemos que esta adolescente de 15 años, biológicamente madura para la actividad sexual, no está psicológica, ni social, ni emocionalmente preparada para las presiones de su propia adolescencia, menos aún para sobrellevar un embarazo y posterior maternidad.

Adolescentes con muy alta autoestima no comienzan tan tempranamente su actividad sexual con el objeto de probar su feminidad o su amor, o no suelen caer como víctimas de adolescentes varones que tienen que probar su adultez.⁴⁷

⁴⁵ De ZEIGUER, Berta K. *Ginecología Infante Juvenil*, 2ª. Edición, Ed .Médica Panamericana, 1989 pags 433-435.

⁴⁶ Idem, pag 434

⁴⁷ idem,

La adolescencia es un periodo crítico para muchachos y muchachas, pero ellas suelen padecer problemas que los muchachos no experimentan y que generan estrés, como lo es el temor al embarazo, en las parejas de adolescentes es casi exclusivamente femenino, lo cual constituye una causa importante de estrés, de modo especial en el caso de las muchachas que llevan una vida sexual activa. Cualquier embarazo ya de por sí es estresante, pero cuando no es deseado mucho más.⁴⁸

4.8.- EL EMBARAZO

El embarazo y el parto son procesos bioculturales. Margaret Mead, en sus estudios antropológicos comparando diferentes sociedades, llegó a la conclusión de que cada una de éstas tiene conceptos previos frente a las funciones procreativas de la mujer. Hay familias en que las hijas temen poco al parto y efectivamente sufren menos y otras donde a las niñas se les educa contemando a su feminidad. El desarrollo social y económico ha modificado sustancialmente la morfología de la familia y los sociólogos notan una tendencia fortísima a la sustitución de la familia prolongada por la familia nuclear.

En el año 1987, las mujeres de 25 a 29 años eran el grupo de edad que tenían más hijos., en 1995, la tasa de fecundidad era de 1'23 siendo la más baja de Europa, cuando en 1976 era 2'8 siendo aquel momento una de las más altas (según fuente del INE).

En 1995, sólo un 25% de las mujeres de 15 a 44 años se dedicaban exclusivamente a las tareas domésticas. Actualmente la incorporación al mundo laboral y la disminución del número de hijos hacen que las mujeres en su entorno familiar no estén en un amplio contacto con bebés. Nuestra sociedad da mucha importancia a la imagen, a la apariencia física, por ello algunas mujeres temen que el embarazo deforme su cuerpo y les deje secuelas.

La medicalización del embarazo y el parto ha reducido las tasas de mortalidad y morbilidad tanto materna como fetal. Pero a veces esto ocasiona que la mujer viva la gestación y el parto como una patología, una enfermedad, más que como un proceso fisiológico. Para la mujer, el embarazo será un momento de su vida en que va a someterse a un gran número de exploraciones.

⁴⁸ MELGOSA, Julian, Op Cit. págs. 99-100.

Las actitudes sobre el embarazo varían entre las culturas. Nos podemos hallar ante mujeres que por su origen étnico o cultural vivan su maternidad dentro de unos conceptos previos y creencias diferentes, por eso es importante e interesante conocerlos para poder comprender las vivencias de mujeres y poder atender mejor sus necesidades.

El embarazo o gestación es el proceso fisiológico, que se inicia en el momento de la fecundación o concepción (unión de óvulo con el espermatozoide) durante el cual se va formando un nuevo ser dentro del útero de la mujer y finaliza con el parto (expulsión o extracción del feto y sus anexos). La duración del embarazo es de unos 280 días, 40 semanas, 9 meses o 10 meses lunares, contando a partir del primer día de la última menstruación. Y requiere de atención y vigilancia, para evitar riesgos y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre y/o recién nacido.

En una mujer sana en edad fértil y con ciclos regulares, la ausencia de la menstruación durante un ciclo o más va a ser el primer síntoma de embarazo, aunque la amenorrea también puede ser causada por factores endocrinológicos. La mujer sufre una serie de cambios a medida que se va a ir desarrollando el embarazo.⁴⁹

4.9. - ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

Las adolescentes embarazadas representan problemas particulares para el equipo médico. Atrapadas en la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, son ansiosas, irritables, impacientes, exigentes, taciturnas, están a la defensiva y son poco realistas. El embarazo no hace cambiar sus ideas, ni les aporta madurez súbita; si acaso, agrava los problemas que ya tenían.

Un 33% de los hijos de adolescentes nacen de madres solteras, e igual proporción es concebida antes del matrimonio, mientras que 54% de los hijos de adolescentes son concebidos por solteras.⁵⁰

⁴⁹ TORRENS, Sigalés y Martínez. Enfermería de la mujer, enero 2001, ed. Difusión Avances de Enfermería, pags.126- 233.

⁵⁰ ANDERSON, C. The lengthening shadow: a case study in adolescent, out-of- wedlock pregnancy. J Obstet Gynecol 2001. pag. 251.

En la mayoría de los casos las embarazadas adolescentes suelen ser inmaduras emocionalmente para poder aceptar las responsabilidades de la maternidad; ver si tiene compañero y si éste se responsabiliza o no. A veces el esconder el embarazo para evitar la reacción de sus padres, iniciando los controles de la gestación tarde. Algunas, preocupadas por su aspecto físico, hacen dietas restrictivas y poco equilibradas.⁵¹

Las consecuencias del embarazo en adolescentes respecto al futuro, no son alentadoras. Si la jovencita tiene 16 años de edad o menos, hay un 90% de probabilidades de que interrumpa sus estudios y se le dificulte encontrar un trabajo. El embarazo fuera del matrimonio forma parte de un ciclo de interrupción prematura de la educación y del bienestar económico, además de representar el inicio de la ilegitimidad.⁵²

El apoyo de la sociedad también es menor que el que se otorga a los hijos nacidos de matrimonio, por virtud de la falta de aceptación del embarazo fuera de este último, y la actitud de los familiares varía desde el apoyo, la falta del mismo, o incluso la hostilidad abierta.

Las complicaciones mas frecuentes del embarazo en las adolescentes incluyen, toxemia, anemia y distocias en el parto, por la inmadurez de los órganos genitales. Las adolescentes son consumidoras importantes de productos con contenidos bajo de nutrimentos y elevado de calorías, deficiencia que se aúna al estrés físico que resulta del embarazo. Los índices de enfermedades venéreas entre las adolescentes son cada vez mayores.⁵³

La actitud del personal médico es importante en relación con la forma en que se percibe a sí misma la adolescente que ha elegido continuar con el embarazo, y acude en busca de asistencia médica.

El hecho de estar joven y embarazada podría representar una fuente de vigor o de temor, y es indispensable un enfoque multidisciplinario que conlleve comunicación estrecha entre el equipo médico, dado que la adolescente está en proceso de definir sus funciones y su identidad. Además requiere el apoyo constante e información precisa y coherente.⁵⁴

⁵¹ TORRENS, Sigalés y Martínez Bueno, Op Cit. pag. 135.

⁵² Ibidem, pags.254-255.

⁵³ HAWKINS, M., Enfermería Ginecológica y Obstétrica. Editorial Harla 1984, pag 251-252.

⁵⁴ Idem, pag 252.

4.9.1. GENERALIDADES SOBRE LOS CAMBIOS FISICOS DEL EMBARAZO

En el cuerpo de una mujer embarazada se van a producir una serie de cambios debidos a varios factores: hormonales, al crecimiento del feto dentro del útero y a la adaptación del cuerpo de la mujer a los mismos.⁵⁵

En el sistema reproductivo, el Utero, es el órgano en cuyo interior se va a desarrollar el embarazo y esto va a condicionarlo a grandes cambios. Va a pasar de ser un órgano con forma de pera, que mide unos 7 cm. de longitud, que pesa aproximadamente 60 grs., a tener forma de huevo, a medir unos 35 cm. y pesar unos 1.000g. y su capacidad varía de 10ml a más de 5 litros.

En las Mamas, los estrógenos y la progesterona van a producir una hipertrofia e hiperplasia de las glándulas mamarias para prepararse para la lactancia materna., por lo que adquieren una pigmentación oscura.

Las necesidades de oxigenación de la mujer durante el embarazo aumentan en un 20% para conseguir una buena oxigenación materna y fetal.

La vejiga urinaria en el inicio de la gestación está comprimida por el útero y al final de la gestación por la presentación fetal. Esto va a provocar una menor capacidad de la vejiga que hará que la mujer realice micciones más frecuentes (polaquiuria).

Pueden observarse cambios en la pigmentación de la piel durante el embarazo. La pigmentación está aumentada en la areola, el pezón, la vulva. La línea alba, línea media del abdomen que va desde la sínfisis del pubis hasta un poco más arriba del ombligo puede oscurecerse durante el embarazo. En algunas mujeres la cara se pigmenta de manera irregular en las mejillas, la nariz y frente que es lo que se denomina cloasma o máscara de la embarazada. Estos cambios de pigmentación van a desaparecer después del embarazo.

Las estrías son líneas rojizas que suelen aparecer en regiones donde la piel va sufrir más estiramiento, la región abdominal, mamaria, los muslos y las nalgas. No desaparecen después del embarazo, pero cambian de coloración. El crecimiento del pelo se halla alterado por los efectos de los estrógenos, puede haber una disminución de la velocidad de crecimiento. Después del parto, por aumento de los folículos en reposo, la mujer puede notar un incremento de la caída del cabello durante tres o cuatro meses que suele reemplazar entre seis y nueve meses.

⁵⁵ Idem, pags. 128-131.

4.9.2. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL EMBARAZO

Factores psicosociales que influyen en el embarazo. El deseo de tener un hijo.

Hay una serie de factores psicosociales que pueden tener sus efectos sobre el embarazo, como van a ser, la edad de la madre, su madurez psicológica, su estabilidad emocional, nivel intelectual, situación laboral. El tener o no pareja, la situación económica, las condiciones de la vivienda; si el embarazo es deseado o no, por uno o ambos miembros de la pareja, si la pareja ya tiene otros hijos, el número y la edad de los mismos.

Para la sociedad, la procreación es supervivencia y para los individuos es una elección. Un hijo deseado por una pareja es aquél que llega cuando la pareja no lo necesita para ser feliz.⁵⁶

Cambios Psicológicos de la mujer durante el embarazo

Para la mujer, el embarazo supone cambios en su imagen corporal, en sus relaciones sociales y en los roles de los miembros de su familia.

En muchas embarazadas se pueden observar una serie de respuestas psicológicas y emocionales similares. La mujer en los comienzos de la gestación necesita dormir mucho más de lo habitual; las horas que normalmente dedica no son suficientes y está con sueño todo el día. Esta reacción es beneficiosa para el organismo, porque está más tiempo en reposo, que es necesario para el trabajo que se inicia.

Suele haber sentimientos de ambivalencia, también esta ocasionada por los cambios a nivel de las relaciones personales, en las proyecciones profesionales.⁵⁷ Por los conflictos no resueltos con su madre. Por los miedos relacionados con el embarazo, el parto y asumir la responsabilidad de ser madre. Si la mujer se plantea en algún momento la posibilidad de abortar, esto también puede generar sentimientos de culpa, y tener miedo de los sentimientos o pensamientos negativos puedan afectar a su futuro hijo.

La aceptación está muy relacionada al grado de deseo o planificación del embarazo. Si la gestación no es deseada la mujer suele tolerar mal los cambios físicos y puede presentar depresión. En una gestación deseada la mujer tolera bien los cambios físicos, los vive con pocas molestias y, en general, se siente feliz.

⁵⁶ Idem, pag. 132.

⁵⁷ Idem, pag. 133.

El cuerpo de la mujer va cambiando, la gestación se va haciendo más evidente. En el tercer trimestre el embarazo ya es plenamente evidente y la mujer se puede encontrar con que las personas que la rodean le faciliten sus actividades. Al final del tercer trimestre aumentan las molestias y, a medida que se acerca el parto, aparecen sentimientos de atracción-evitación hacia el parto.

Durante el embarazo es frecuente que la mujer se halle ensimismada, centrada en sí y un poco desconcertada de los demás. Es importante que la pareja sepa de estos cambios y busque nuevas formas de acercamiento para superar los posibles bloqueos. Durante la gestación la mujer, a nivel emocional, puede tener cambios en el estado de ánimo: pasar de estados de alegría a estados de profunda tristeza. Está más sensible a las situaciones del entorno y a veces puede llorar sin saber muy bien cuál es la causa. La mujer durante la gestación necesita el soporte y del amor de su pareja. Es importante que la pareja conozca estos cambios para comprenderla y confortarla.

En cuanto a los cambios en la imagen corporal, el embarazo ocasiona cambios en el cuerpo de la mujer en un periodo de tiempo relativamente corto. Los cambios en la imagen corporal en las embarazadas son normales pero a veces pueden generar gran tensión.⁵⁸

4.10. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se puede definir al Embarazo de alto Riesgo, como aquellas situaciones maternas y fetales que aumentan la morbimortalidad del binomio durante el embarazo, parto y puerperio con la posibilidad de dejar niños con déficit orgánico y mental.

Cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto, que las mujeres de 20 a 29 años, y conlleva tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo. Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso de nacimiento que los que nacen de madres de 20 años o más. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas, alimentación inconsecuente y pobre, o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química.

La embarazada de "riesgo", particularmente cuando este último es elevado, debe aceptarse a sí misma como "mujer expuesta a gran peligro". Necesita analizar sus sentimientos relativos a la cuestión de si, por así decirlo, el embarazo la aceptará

⁵⁸ Idem pag. 135.

a ella, y de la aceptación del embarazo tal y como es, por parte de ella. Es probable que sienta temor de rechazo a su persona en caso de no llegar al embarazo a buen término y que sus temores respecto de sí y el producto sean mayores que los usuales. Es importante para la mujer que su hijo sea aceptado por las personas que forman parte de su vida, y estará atenta a las reacciones de ellas, en particular su esposo. La aceptación del embarazo de riesgo y el prestar atención a él conlleva cambios importantes en la forma de vida, las actividades y las prioridades, para la embarazada. Ante todo, la embarazada de riesgo es una persona que necesita atención, y la profesional de enfermería se encuentra en un posición singular para brindársela.⁵⁹

La meta y el objetivo de la obstetricia y de la pediatria en el momento actual es disminuir las causas de morbilidad tanto de la madre como del producto, haciendo que este último tenga una mayor oportunidad para su desarrollo físico, mental y emocional, siendo esta meta cada vez más importante, pero al mismo tiempo difícil; debe de tener como meta primaria la prevención de todas las enfermedades humanas en sus diferentes aspectos. Es necesario identificar al embarazo de alto riesgo, para ello se han incluido factores generales, gestacionales, fetales, enfermedades sistémicas generales o patología gestacional, causas ambientales y sociales:

- Edad: menos de 16 y más de 35 años.
- Peso: menos de 45 o más de 91 Kg.
- Grandes múltiparas.
- Cualquier antecedente de parto operatorio.
- Antecedente de embarazo con trabajo de parto prolongado.
- Antecedente de pérdida fetal temprana.
- Antecedente de pérdida fetal avanzada.
- Nacimiento de prematuros vivos.
- Antecedente de muerte neonatal.
- Enfermedad hipertensiva.
- Neuropatías
- Diabetes
- Toxemia
- Cáncer
- Isoinmunización al Rh Negativo o cualquier otro factor.
- Enfermedad tiroidea
- Trastornos hereditarios
- Enfermedad cardiovascular.
- Padecimientos hematológicos
- Lupus eritematoso
- Tuberculosis
- Desnutrición grave
- Alcoholismo o narcomanía

⁵⁹ Idem.

- Psicosis grave
- Enfermedades neurológicas
- Hemorragias después de 18 semanas de gestación
- Anemias graves, menos de 5 gr. De hemoglobina
- Embarazo múltiple
- Haber estado sometida a fármacos o Rx o radiaciones, durante el primer trimestre.

En cuanto al peso corporal, las mujeres que pesan menos de 45 kg cuando no están embarazadas tienen mayores probabilidades de dar a luz un lactante prematuro de edad gestacional, por lo cual se les debe incentivar a que aumenten de peso. Por el contrario la obesidad materna es un factor de riesgo de macrosomía fetal, probablemente como causa directa y porque este fenómeno puede ser resultado de diabetes sacarina.

Las mujeres que miden menos de 150 cm tienen mayor probabilidad (al menos el 50% de los casos) de desproporción fetopélvica.

La baja escolaridad de la mujer se asocia con la frecuencia de hijos prematuros, mediada por la posición, el ingreso y la ocupación lo cual influye para que la mujer busque asistencia adecuada. Cuando se les niega educación a las jóvenes, como adultas su salud tiende a ser precaria, sus familias más numerosas y el riesgo de muerte que enfrentan sus hijos suele ser mayor. Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia.⁶⁰

En nuestra sociedad por tradición cultural, el embarazo fuera del matrimonio se considera como un factor de riesgo, ya que la mujer carece del apoyo de una pareja, lo que condiciona que realice trabajos inadecuados que le impedirá tener reposo óptimo tendrá un estado de nutrición deficiente, angustia y estrés, todo ello se verá reflejado en la evolución del embarazo.⁶¹

Es importante conocer la actitud y la respuesta de una mujer gestante, ante su embarazo, ya que este pudo ser planeado o no planeado, en cuyo caso la futura madre puede rechazar su estado y tener problemas emocionales serios. El rechazo al embarazo en forma constante destruye y perjudica la salud mental de la madre quebrantando su salud física poniendo en riesgo la salud de su hijo.

El trabajo de parto prematuro es una de las causas principales de muerte perinatal en el mundo, ya que los niños prematuros tienen mayores posibilidades de padecer traumatismo y sufrimiento respiratorio durante el nacimiento.⁶² La

⁶⁰ <http://www.embarazada.com>.

⁶¹ SUA-ENEO-UNAM "Obstetricia I Antología".

⁶² BURROUGHS, Complicaciones, pag 426.

paciente tiene antecedentes de trabajo de parto prematuro se encuentra con mayor riesgo de recurrencia.⁶³

El crecimiento se le define como el aumento en las dimensiones espaciales de una de las partes o del total del feto y puede ser medido como longitud o como peso, en cambio el desarrollo es un término para indicar la adquisición y el incremento en la habilidad y complejidad de la función utilizándose como sinónimo los términos de maduración, diferenciación o desarrollo.

El desarrollo integral presupone una evolución armónica de todas las funciones, hasta llegar al equilibrio fisiológico necesario. La madurez fetal, reúne el máximo de condiciones fisiológicas que hacen apto al recién nacido para la vida extrauterina. La madurez va de acuerdo al tiempo de gestación, teniendo teóricamente un desarrollo y crecimiento óptimo que puede hacerle sobrevivir en el ambiente extrauterino cuando alcanza las 38 ó 42 semanas.⁶⁴

4.10.1. - RIESGOS DEL EMBARAZO Y EL PARTO DURANTE LA ADOLESCENCIA

La experiencia del parto a cualquier edad es un acontecimiento trascendental. Sin embargo, para el adolescente con frecuencia se acompaña de un conjunto diferente de problemas con respecto a los que experimentan las madres adultas. Las madres adolescentes mayores y sus futuros hijos afrontan riesgos biomédicos mínimos en comparación con las adolescentes jóvenes, quienes en general presentan altas tasas de muerte materna y neonatal.⁶⁵ La población que tiene riesgo especial para resultados adversos son las adolescentes que no pertenecen a la raza blanca. Para las madres jóvenes menores de 15 años, existe mayor probabilidad de que el niño sea mortinato o prematuro, que tenga bajo peso al nacer o muera poco después del parto; además la madre tiene mayor riesgo de aumentar menos de peso, experimentar infecciones del aparato urinario, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión inducida por el embarazo, anemia por deficiencia de hierro, desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado.⁶⁶

⁶³ DECHERNEY, "Metodos de valoración para el embarazo de riesgo".

⁶⁴ A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S.;Ginecología y Obstetricia. Editorial MENDEZ S.A. de C.V. 2000 3ª. Ed.

⁶⁵ Comité on Adolescent: Care of adolescent parents and their children. Pediatrics pags. 138-140, 1989.

⁶⁶ ZUCKERMAN B, Walter, et al : Adolecent pregnancy and parenting. Advances Dev Behav Peds pags. 275-311. 1986.

Es difícil aislar e identificar el efecto independiente de la edad materna con respecto a las complicaciones perinatales, ya que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan son pobres, tienen acceso limitado a los servicios para la salud y los empleos y presentan diversos comportamientos que ejercen influencia negativa en el resultado del embarazo.⁶⁷ Los datos disponibles indican que los cuidados prenatales tempranos, regulares y completos, y una nutrición adecuada reducen el riesgo de complicaciones perinatales entre las adolescentes embarazadas y sus hijos.⁶⁸

PESO BAJO AL NACER

El mayor riesgo de peso bajo al nacer es uno de los aspectos médicos más importantes del embarazo, en la adolescencia. Al considerar este riesgo neonatal, es importante reconocer que las observaciones realizadas en estudios ajustados para factores socioeconómicos y los cuidados prenatales indican que el porcentaje de peso bajo al nacer y las tasas de mortalidad infantil son bastantes similares para los niños de madres adultas y adolescentes.⁶⁹

4.11. -. CUIDADOS PRENATALES

El objetivo de los cuidados prenatales consiste en asegurar que todo embarazo deseado culmine en el parto de un lactante sano sin que haya deterioro en la salud de la madre. Es evidente, por sí mismo, que el embarazo se debe considerar como un estado fisiológico normal. La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas intercurrentes en el embarazo y el periodo puerperal.

La duración media del embarazo, que se calcula desde el primer día del último periodo menstrual normal, se identifica, para un número grande de mujeres sanas, muy cerca de los 280 días o 40 semanas. Es muy importante que la mujer embarazada desde el primer momento que el periodo menstrual no se presentó, acuda con el personal médico.

Uno de los aspectos más importantes de los cuidados de enfermería es la educación prenatal. Los programas educativos para adolescentes embarazadas

⁶⁷ SPIVAK H., Weitzman M: Social barriers faced by adolescent parents and their children. JAMA , pags. 1500-1504, September 1989.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ McAnarney E: Young maternal age and adverse neonatal outcome. Am J Dis Child pags. 1053-1059, 1987.

suelen incluir información acerca de la anatomía y fisiología básica del embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio; la mecánica corporal y el ejercicio durante el embarazo; el consumo nutricional adecuado para el embarazo y la lactancia; los signos de trabajo de parto verdadero y trabajo de parto falso, técnicas respiratorias y de relajación, alimentación al seno y planificación familiar. Para que desempeñen mejor su papel materno, se les proporciona orientación anticipatorio con respecto al crecimiento y desarrollo normal del niño, el cuidado infantil y los tipos de comunicación maternoinfantil. La enfermera proporciona ejemplos de alimentos ricos en hierro y folato ya que el consumo inadecuado de estos nutrientes contribuye a la alta prevalencia de anemia en los embarazos de adolescentes⁷⁰

La exploración física es el examen del cuerpo para determinar su estado de salud utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación. En la vigilancia prenatal el peso corporal y talla en cada consulta permitirán la valoración del estado nutricional, así como la revisión céfalo caudal por aparatos y sistemas, la determinación de la tensión arterial, la medición de la altura de fondo uterino, el examen odontológico, la exploración clínica de mamas y las características de la pelvis serán de gran importancia para la gestación sin riesgos y el nacimiento saludable.

En la primera visita se inician pruebas de laboratorio: como la concentración de hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, pruebas de selección de células falciformes en mujeres de raza negra, glucosa y concentración de creatinina, y pruebas sexológicas para la sífilis, identificación de tipo sanguíneo, entre otros, etc.

Los principales objetivos del examen inicial son definir el estado de salud de la madre y el feto, determinar la edad gestacional, iniciar un plan de cuidados obstétricos continuos.

En cuanto a una historia clínica, es imperativo que se anoten con claridad todos los datos importantes para los cuidados de la madre y el feto. Una vez que se completa la historia clínica y el examen físico, se instruye a la madre expectante en relación a la dieta, relajación sueño, hábitos intestinales, ejercicio, baño, ropa, recreación, tabaquismo, ingestión de drogas y alcohol y visitas de seguimiento. Las mediciones de la altura del fondo uterino, sobre la sínfisis, pueden proporcionar información útil. Entre las 20 y 31 semanas de gestación, la altura del fondo en centímetros suele ser igual que la edad gestacional en semanas. La vejiga se debe vaciar antes de haber medición. También se realizan maniobras para determinar e identificar partes fetales. A través de las maniobras de Leopold será posible identificar el fondo uterino, para descubrir que polo fetal ocupa. Así como identificar el dorso y la situación, aquí se identifica hacia que lado se encuentra el dorso del feto y hacia cual las pequeñas partes. La localización del

⁷⁰ Bailey LB, Mahan CS, Dimperio D. Folate and iron status in low-income pregnant adolescents and mature women. *Am J Clin Nutr* 2001.

polo superior determina la presentación y posición del feto así como el grado de descenso de la parte presentada de la pelvis.

En general se recomienda que la mujer embarazada aumente de 10 a 12 Kg. de peso durante la gravidez. Del peso adicional recomendado, los eventos fisiológicos normales representan en forma acumulada cerca de 9 Kg. como feto, placenta, líquido amniótico, hipertrofia uterina, aumento del volumen sanguíneo materno, crecimiento mamario y edema declive como resultado de factores mecánicos. En la mayoría de las mujeres embarazadas, este resultado se logra mediante la ingestión, de acuerdo al apetito, de una dieta adecuada en calorías, proteínas, ácidos grasos esenciales, minerales y vitaminas; la falta de aumento de peso en una mujer embarazada de tamaño pequeño o normal es un signo ominoso.

Los requerimientos nutricionales después de la segunda mitad del embarazo son:

*proteínas 80 gr., Al día esenciales para el desarrollo embrionario.

*el calcio debe incrementarse a 1.5 gr. Por día si es insuficiente la ingesta se tomará el calcio faltante del esqueleto materno lo que podría acarrear problemas para la madre. La dieta de la embarazada debe ser calóricamente suficiente entre 2,300 y 2,600 calorías, la embarazada comerá carne o pescado diariamente: con 100 gr de estos productos, leche, huevo. En cambio los hidratos de carbono y las grasas deben limitarse. Con el fin de que el aporte vitamínico y mineral sea adecuado se debe incluir abundantes frutas y verduras frescas. Las comidas deberán ser sencillas en la condimentación, evitándose las frituras y los embutidos.⁷¹

No es necesario que la mujer embarazada limite el ejercicio siempre que no se fatigue demasiado o exista el riesgo de que se lesione ella o el feto. El ejercicio es un complemento para el curso de un buen embarazo, el ejercicio moderado es aceptable durante el embarazo, pero la paciente debe reposar 1 o 2 horas durante el día.

Los viajes no están contraindicados para la mujer embarazada que no tiene complicaciones.

Siempre que el aborto o parto pretérmino sean una amenaza, hay que evitar el coito.

Las mujeres que fuman durante el embarazo con frecuencia tienen lactantes más pequeños que las que no lo hacen.

La ingestión excesiva de alcohol por la madre embarazada conlleva la probabilidad de producir anomalías en el feto.

⁷¹ <http://www.embaraza.com>

Cualquier paciente que se sospeche de el uso de drogas de la calle, como la cocaína y el crack se han relacionado con un aumento en la incidencia de retardo del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de la placenta y, lo que es más perturbador, de desarrollo neurológico anormal en el lactante después del nacimiento.⁷²

Durante el embarazo es necesario que las mujeres disfruten de diversiones y recreos, que pueden consistir en lecturas agradables, música, participar en asuntos referentes a la iglesia, o a actividades que no pongan en riesgo la salud, evitando los esfuerzos.⁷³

La búsqueda de cuidados prenatales representa la aceptación del embarazo, y muchas adolescentes posponen dicha búsqueda hasta etapas tardías de la gestación como parte de la negación del embarazo.

La capacidad de las enfermeras para mostrar interés es quizá uno de los instrumentos más eficaces para ayudar a las adolescentes embarazadas.

La hospitalización representa una crisis especial para la adolescente embarazada, ya que afecta su intimidad y suele acompañarse de temores reales de pérdida de la vida.

4.11.1. - CONSEJERIA DE ENFERMERIA

Los cuidados de enfermería de la adolescente saludable se dirigen a optimizar el estado de salud, evitar enfermedades e interrumpir la secuencia de pasos que conducen a la maternidad.⁷⁴ En el área de prevención secundaria incluyen valoración, diagnóstico, planeación e intervención y evaluación que se dirige a dar apoyo a la adolescente y a su familia desde la concepción hasta el parto. El campo de la prevención secundaria es distinto, dependiendo de que se tome la decisión de abortar o de llevar el feto a término.

Es importante que la enfermera dedique particular atención a determinados componentes de la valoración al cuidar de adolescentes embarazadas; éstos incluyen antecedentes sexuales, historia de abuso de sustancias, estado nutricional, inmunizaciones y examen pélvico.

⁷² GANT, Norman "Manual de GinecoObstetricia, ed. Manual Moderno, 1997 págs., 415-422.

⁷³ BOOKMILLER, B. "Enfermería Obstétrica", Interamericana, pag. 129.

⁷⁴ Flick LH: Paths to adolescent perenthood: implications for prevention. Public Health Rep. pags. 132-147.

Muchas adolescentes son sensibles acerca de sus antecedentes sexuales y se avergüenzan al tener que responder a ciertas preguntas. La enfermera debe expresar una actitud empática, sin emitir juicios y asegurar a la adolescente que la información que se relaciona con el inicio de la actividad sexual, la frecuencia, los compañeros sexuales, el uso previo de métodos anticonceptivos, los embarazos y abortos anteriores y los antecedentes de enfermedades sexuales es de tipo confidencial.

Se determina si el consumo dietético de la adolescente es adecuado a través del cuestionario de valoración nutricional completo. Para valorar el estado nutricional, la enfermera debe comprender que las adolescentes jóvenes tienen mayor riesgo que sufrir privaciones nutricionales durante el embarazo porque con frecuencia tienen reservas de nutrientes inferiores en el momento en que conciben. Es probable que su nutrición durante el embarazo no cubra sus necesidades personales de crecimiento ni las del feto. Además de valorar los antecedentes dietéticos (hábitos dietéticos, alimentos que le agradan y desagradan), la enfermera valora qué la persona de la familia de la adolescente es responsable de efectuar las principales decisiones con respecto a la dieta. Como la adolescente tiene riesgo de anemia, se valoran los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Se obtiene el peso y la presión arterial para determinar la línea basal. Estos dos componentes de la valoración física son significativos porque la complicación médica más prevalente entre las adolescentes embarazadas es la hipertensión inducida por el embarazo.⁷⁵ Se valora si sus vacunas están al día y se efectúa una prueba de tuberculosis. En caso necesario se efectúa un examen visual y dental. También la enfermera identifica las necesidades de aprendizaje de la adolescente valorando su base de conocimientos y determinando sus preocupaciones actuales futuras.

En caso de que la enfermera tenga la oportunidad de interactuar con otros miembros de la familia como la madre de la adolescente, debe valorar qué sentimientos expresan acerca del embarazo y su capacidad para dar cuidados maternos y proporcionar un medio adecuado en el hogar. Valora las necesidades específicas del padre adolescente, es probable que esté preocupado por las responsabilidades financieras y los cambios que anticipa en sus planes vocacionales o educativos. Aunque muchos padres adolescentes no tienen las destrezas necesarias para obtener un empleo en el cual ganen lo suficiente, con frecuencia sienten la obligación de comprometer sus planes educativos a causa de las necesidades financieras.⁷⁶

⁷⁵ZUCKERMAN, *Adolescent pregnancy...* Op Cit. pags287-288.

⁷⁶Panzarine S, Elster AB: Prospective adolescent fathers: Stresses during pregnancy and implications for nursing interventions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* Pags. 21-24. 1982.

Las mujeres embarazadas con factores de riesgo para enfermedades infecciosas se diagnostican como alto riesgo de infecciones que se relacionan con factores de riesgo específicos en cada caso. Por ejemplo, un adolescente con múltiples compañeros sexuales tendrá alto riesgo de padecer infecciones sexualmente transmisibles, en relación con la edad y las prácticas sexuales. Debido a los efectos fisiopatológicos de la enfermedad o las pruebas diagnósticas y tratamientos, es probable que la paciente se sienta incómoda. Además la mujer experimenta perturbación de su imagen corporal por la percepción de cambios estructurales o funcionales debidos a la infección o perturbación del concepto personal con disminución de la autoestima, mal desempeño del propio papel y efectos negativos en la identidad de la persona.

La mujer que contrae una enfermedad sexualmente transmisible con frecuencia se siente nerviosa o temerosa acerca del resultado para ella y su hijo. La enfermera profesional le da apoyo y oportunidad para que discuta y exprese estos sentimientos y expectativas con el fin de tranquilizarla.⁷⁷

4.12. - INFECCIONES VENEREAS

La infección, debida a la presencia de microorganismos patógenos de los órganos pélvicos era antiguamente una de las causas más importantes de enfermedad ginecológica. La infección era también responsable en buena parte del invalidismo crónico de origen pélvico que se ve en algunas mujeres. Las infecciones que se originan por contacto sexual se conocen por el nombre de enfermedades venéreas. Las enfermedades venéreas son responsables de miles de casos de esterilidad y de incontables estados patológicos.

A pesar de que ninguna persona, sin tener en cuenta la edad, el sexo o la condición social, es inmune, los aspectos más trágicos de las enfermedades venéreas se ven en las mujeres y en los niños, por quienes la infección es usualmente adquirida de un modo inocente.

⁷⁷ REEDER, Martin, "Enfermería maternoinfantil", 17ª. Edición, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 1995, pags. 875- 877.

Las lesiones de la vulva y la vagina, es primitivamente una manifestación externa de una infección más profundamente situada, y con frecuencia es encontrada con más facilidad en la niña infectada que en el adulto. En los adultos, los síntomas generalmente siguen al contacto sexual con un lapso de cinco a catorce días. En los casos crónicos de vulvitis no tratados, la irritación que resulta del exudado vaginal purulento tan profuso, puede conducir a la producción de crecimientos epiteliales conocidos con el nombre de condilomas.

Estas curiosas lesiones generalmente están localizadas en la superficie de la vulva y en la piel que rodea al ano. Clínicamente tienen aspecto de pequeñas proyecciones epiteliales puntiagudas (llamadas condilomas acuminados); o aplanadas en forma de elevaciones epiteliales del tamaño de un botón (de las que se habla con el nombre de condilomas planos). Ocasionalmente los condilomas tienen la apariencia de crecimientos masivos que ataca todo el labio.⁷⁸

La infección genital con papilomavirus humano es una de las causas principales de enfermedades benignas de la vulva, vagina y cuello uterino. Se desconoce la incidencia. Aunque se transmite de manera sexual, la infección genital por papilomavirus no tiene que informarse por este hecho. El virus es un miembro de la familia papovavirus. Ha sido difícil caracterizarlo ya que no puede proliferar en cultivos celulares. El virus tiene la capacidad de infectar el epitelio escamoso, donde induce proliferación papilomatosa. Los tumores de la piel que se producen como resultado, se conocen como condiloma acuminado o verrugas genitales.

El virus es capaz de causar un segundo tipo de lesión en el cual las células infectadas no forman un condiloma elevado sino más bien una lesión casi macular conocida como condiloma plano. Se pueden ver ambos tipos en cualquier parte del aparato genital inferior, pero el virus tiene propensión en causar un condiloma acuminado en vulva y el plano en cuello uterino.⁷⁹

La infección por papilomavirus humano (HPV), está asociada a la actividad sexual: especialmente al número de parejas sexuales durante la vida, edad de inicio de las relaciones sexuales, tener un compañero sexual con varias parejas. Aunque algunos estudios sugieren que el número de parejas sexuales en el periodo más cercano a la infección estaría más relacionado y que el número de parejas sexuales del compañero sexual sería un factor adicional.

⁷⁸ MILLAR, Norman F. y Enf. Hazle Avery, *Enfermería Ginecológica*. 5ta edición, editorial Interamericana. S.A. de C.V. reimpresión 1986 pags. 175- 176.

⁷⁹ GANT, Norman, *Manual de Gineco...* Op Cit.. Pags. 59-61.

4.13. -CONDILOMA ACUMINADO

El condiloma acuminado se presenta como crecimientos verrugosos, exofíticos, con un aspecto similar a la coliflor. Las lesiones individuales son de modo típico pequeñas, pero pueden coalescer para formar excrecencias verrugosas voluminosas. Afecta cualquier porción de la vulva. También se presenta afección perianal y anal. En la vagina, las lesiones tienden ser pequeñas y múltiples, algunas de las cuales son visibles con claridad sólo con la ayuda de un colposcopio. Es común que el introito muestre múltiples condilomas pequeños. El condiloma acuminado clásico del cuello uterino no es común. Esta formación tiende a aumentar de tamaño durante en el embarazo y en relación con inmunodeficiencia o higiene deficiente, pero su evolución intrínseca es impredecible. Si no se trata, puede revertir de manera espontánea o persistir y multiplicarse.⁸⁰

Las verrugas genitales, o condiloma acuminado, son un trastorno de origen viral que se contagia por contacto con los órganos genitales. El periodo de incubación varía entre uno y seis meses, y suelen aparecer en los genitales externos o internos tres semanas a tres meses después del contacto; son de coloración rosa, roja o blanca en un principio, y después asumen el aspecto de una coliflor, y su tamaño varía desde diminuto hasta el de una gran masa, misma que en el embarazo a término suele desencadenar el parto. El diagnóstico suele depender de los síntomas clínicos, pero las verrugas semejan el condiloma plano de la sífilis secundaria, por lo que es indispensable un estudio de sangre.⁸¹

Los condilomas acuminados pueden crecer en el embarazo, posiblemente por los elevados niveles de estrógeno y progesterona. Se pueden producir molestias: infección y hemorragia.⁸²

DIAGNOSTICO

El aspecto clínico es el diagnóstico en la mayoría de los casos. Las lesiones aplanadas se ponen de manifiesto con la aplicación de ácido acético al 3-5% y mejora visualizando con colposcopio

La biopsia es útil cuando el diagnóstico es dudoso, o si las lesiones no responden al tratamiento estandar.

⁸⁰ Idem.

⁸¹ HAWKINS, M. *Enfermería ginecológica y Obstétrica*. Op Cit. Pags. 499-500.

⁸² TORRENS, Sigales y Martínez Bueno) *enfermería de la mujer*, Op Cit. pag. 482.

El diagnóstico de condilomas genitales se establece por primera vez durante el embarazo. En estos casos, la principal preocupación es aún la posible transmisión de HPV de la madre al feto, con la posibilidad de desarrollo de papilomatosis laríngea juvenil (juvenile Laringuella papillomatosis), (JLP), no se sabe si la transmisión ocurre principalmente antes, durante o después del parto.

Lo que está bien demostrado es que la proliferación viral puede ser sustancial durante el embarazo y ser causa de molestia y de hemorragia. Ya que no hay pruebas que demuestren que el parto por cesárea en pacientes con infección genital por (HPV) prevenga la (JLP).la mayoría de las enfermas con condilomatosis de gran volumen durante el embarazo afrontarán la posibilidad de un parto vaginal y la exposición potencial del feto a la inoculación viral.

El tratamiento consiste en aplicar a las verrugas un preparado de podofilina, sustancia muy cáustica que es una resina de color oscuro que se extrae del podófilo y se emplea como solución al 25% en tintura de benjuí. Se indicará a la paciente que se bañe cuatro a seis horas después de la aplicación, o antes, si surge sensación ardorosa. La podofilina suele originar quemaduras en la piel normal, por lo que no se la debe de usar sin prescripción, y cabe señalar que el tratamiento con esta sustancia suele requerir aplicaciones semanales repetidas.

Existen otros tratamientos para las pacientes en las que está contraindicada la podofilina, como las embarazadas, que incluyen la criocirugía o la expirpación quirúrgica. Las verrugas se desarrollan con facilidad en las áreas húmedas del cuerpo, por lo que es imperativo el tratamiento de las infecciones genitales concurrentes y el baño de regadera con agua caliente, el cual va seguido de la aplicación de almidón de maíz.⁸³

Las parejas sexuales tendrán que ser examinadas para descartar la presencia de condilomas evidentes o subclínicos. Es conveniente recomendar a los pacientes el uso del preservativo en las relaciones con parejas nuevas o no infectadas.⁸⁴

⁸³ Idem.

⁸⁴ Idem pag. 483.

V. APLICACION DEL PROCESO ATENCION
ENFERMERIA

5.1. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Este caso fue tomado del Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; del servicio de hospitalización, en la cama 6, con diagnóstico médico de Amenaza de Parto Prematuro de 32.5 semanas de gestación, con condilomatosis vulvar severa y una probable infección en el embarazo de vías urinarias.

La paciente J. G. I. de 15 años de edad; adolescente con edad cronológica menor a la que aparenta tener; perteneciente a una familia de ocho integrantes, la cuál ocupa el séptimo lugar; A la interrogación, refiere haber cursado una educación hasta tercero de primaria, actualmente convive con su pareja esporádicamente en unión libre, teniendo como ocupación el hogar, de religión católica, procedente del Distrito Federal, con domicilio en la colonia San Nicolás Chichicarpa en la Delegación Tlalpan. Se presenta a ésta Unidad hospitalaria, por referir dolor abdominal tipo obstétrico intenso lumbosacro, el día de hoy 5 de Noviembre del 2003 desde las 14:00 hrs. por lo que ingresa al servicio de urgencias. Al interrogatorio, refiere desconocer antecedentes heredo-familiares, y en cuanto a sus antecedentes personales niega haberse hospitalizado alguna vez, así como antecedentes quirúrgicos, transfusionales, alérgicos y toxicomanías, desconoce enfermedades exantemáticas. Su habiente físico es desarrollado en una casa prestada, con techo de lámina, piso de concreto, paredes de tabique, y conformada por dos recámaras y por separado una cocina y un baño comunitario; cuenta con servicios de agua potable, camión recolector de basura, con calles pavimentadas y con perros como fauna doméstica. Así como transporte colectivo, microbuses, camiones, el metro, etc. En su periferia con servicios de Salud como hospitales de los Servicios de Salud del Distrito Federal, D.I.F., S.S.A. y otros de servicio particular. En cuanto a su alimentación ingiere leche cada tercer día, dos veces al mes fruta ya que no es mucho de su agrado, diario legumbres, carne dos veces a la semana, refiere el gusto por la tortilla y el pan, los cuales consume diariamente, las verduras y el huevo dos veces por semana y alimentos chatarra de vez en cuando, su apetito es normal. En lo que se refiere a los hábitos higiénicos, se baña cada tercer día, ya que no cuenta con un calentador de gas directo; aseo bucal dos veces al día, se cambia diario de ropa; asegura que descansa de 7 a 8 horas diarias. En cuanto a sus antecedentes Gineco-obstétricos, su menarca la presentó a los 12 años de edad con ciclos menstruales cada mes con duración de 5 a 6 días con (dolor) dismenorrea; el inicio de su vida sexual activa fue a los 13 años de edad, hasta el momento 2 parejas sexuales, citologías vaginales negadas, y no haber tenido control prenatal ; actualmente cursa con embarazo a los 15 años de edad con fecha de última menstruación el 21 de marzo 2003, por lo que refiere no haber utilizado métodos anticonceptivos desde su inicio de vida sexual activa; manifiesta que tiene flujo de color blanquecino, sin olor y desde hace dos años aproximadamente, salida de verrugas

pequeñas que fueron incrementando ahora en la actualidad con el embarazo, en ocasiones refiere haber tenido prurito intenso, no doloroso, se cuestiona más sobre la enfermedad venérea, pero ignora sobre su padecimiento. No presenta datos de estreñimiento, pero sí una disuria de 4 a 5 veces al día, con olor y color marcado manifestando un ligero ardor. A la exploración física presenta signos vitales estables; una frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, una temperatura corporal de 36.4° C y una tensión arterial de 110/70 y una somatometría de 49.700 kilogramos de peso, y una talla de 1.50 centímetros. Se inicia la exploración física céfalo caudal encontrando cráneo normo céfalo, sin hundimientos, pupilas isométricas, normo reflejas, coloración morena clara, pigmentación normal, narinas poco congestionadas, mucosa oral hidratada, con coloración pálida, presentando algunas caries, sin problemas para masticar, demuestra déficit de hábitos higiénicos, cuello cilíndrico, simétrico, tórax normo-líneo, mamas turgentes, secretantes, cardiopulmonar y miembros torácicos sin alteraciones, con tegumentación reseca, abdomen poco globoso por producto único vivo interno; se palpa producto cefálico, dorso a la izquierda, el cual se ausculta, una frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto rítmico, y un fondo uterino de 23 centímetros; al tacto vaginal Cervico, presenta un centímetro de dilatación, cuello anterior con un 50 % de borramiento, cefálico libre, membranas amnióticas íntegras sin alteraciones; se observa en genitales sobre todo en el área vulvar lesiones parecidas a una coliflor y algunas verrugas en forma plana, que abarca toda el área de la vulva, miembros pélvicos sin alteraciones, es ingresada al servicio de hospitalización para iniciar un tratamiento médico de útero inhibición.

5.2. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD DE OXIGENACION.

Femenino de 15 años de edad, cronológicamente menor a la que aparenta tener; con un peso por debajo al de su talla y edad gestacional. Presenta ligera dificultad respiratoria, al realizar ejercicios pesados, como subir escaleras o caminar de prisa a una larga distancia, refiere cansancio, no hay presencia de tos, su estado de conciencia es normal aparentemente, su coloración de piel es pálida.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Con referente a su escasa edad y constitución corporal, la dieta que lleva a cabo no es balanceada, equilibrada y completa, tanto en cantidad como en calidad. No presenta trastornos digestivos, ni estreñimiento, refiere tomar un litro de agua aproximadamente al día. La influencia familiar, así como su estatus socioeconómico no le permite satisfacerse esta necesidad adecuadamente.

NECESIDAD DE ELIMINACION

De acuerdo al nivel de desarrollo y a la baja nutrición e hidratación, solo evacua una vez al día, de características normales aparentemente. Por los cambios fisiológicos del embarazo, presenta una disuria de 4 a 5 veces al día de color y olor concentrado y el estado invadido del área del periné por condilomas hace que la eliminación de orina, posteriormente ocasione abundante prurito esto hace que dificulten la satisfacción de esta necesidad.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Independencia en esta actividad ya que camina por si sola, aunque su marcha es lenta, el reposo absoluto que mantiene durante su estancia en el hospital la limitan a desplazarse de un lado a otro y solo presenta movimiento en cama. Su sistema músculo esquelético, su fuerza, su tono muscular, resistencia están disminuidos por la presencia del embarazo.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Normalmente la paciente duerme de 7 a 8 horas diarias fisiológicamente, en la actualidad tiene dificultad por conciliar el sueño por el dolor que presenta en el área lumbosacra, además del estado emocional, la ansiedad y el estrés reflejado en una apatía, expresión de irritabilidad o fatiga e inquietud.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Debido a su status social y a su cultura familiar la paciente llega al área hospitalaria con ropa no adecuada para la maternidad, su estado de ánimo lo refleja en su autoimagen. En el momento de su ingreso al hospital solo cuenta con una bata hospitalaria sin ropa interior lo cual le produce inquietud, sobre todo por el área genital afectada.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Es independiente ya que se adapta a los cambios de temperatura, no realiza ningún tipo de ejercicio la temperatura ambiental que mas le agrada es por las mañanas cuando no hace mucho calor.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Su aspecto general es deficiente e inadecuado a su estado gestacional, presenta coloración pálida, algunas caries, sin problemas de masticar, hay presencia de halitosis no marcada, ligera, presenta tegumentos generalizados secos de presencia deshidratada, con invasión de lesiones condilomatosas en toda el área vulvar. La paciente refiere bañarse cada tercer día, ya que no cuenta con un calentador de gas directo; aseo bucal dos veces al día, y menciona que realiza cambio de ropa diariamente.

Durante la estancia en el hospital se observa aspecto general, con bata limpia institucional, uñas cortas sin esmalte, con venoclisis en miembro superior derecho, mamas turgentes con escasas estrías, abdomen globoso por útero gestante, con escasas estrías, miembros inferiores sin presencia de edema.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

En cuanto a su edad, esta cursando por una etapa de desarrollo, la cual tiene que enfrentar un embarazo, psicológicamente no está preparada para ello por lo que reacciona con nerviosismo e inquietud y miedo en situaciones de urgencia como el alterar la integridad de ella o del ser que crece dentro de su útero. Desde el inicio de su embarazo no cuenta con control prenatal ni asistencia medica de ningún tipo, por lo que ignora signos y síntomas de alarma obstétrica, y cambios fisiológicos del embarazo, no cuenta con prevención tetánica, el periodo de estrés por el que está cursando y su inestabilidad emocional, repercuten biológicamente en su embarazo, provocando actividad uterina, lo que puede desencadenar un parto prematuro y un recién nacido no viable.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Pertenece a una familia de ocho integrantes la cual ocupa el séptimo lugar, su relación de pareja no es estable ya que solo la visita esporádicamente, refiere vivir en unión libre pero al interrogatorio se descubre que no es una relación formal, la relación con sus familiares, principalmente con su madre no tienen buena comunicación, por lo que refleja aislamiento, desconfianza, indiferencia, falta de interés y hasta una depresión. Se describe como una persona tímida y desconoce su estado de salud.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Católica, refiere tener mucha fe en la Virgen de Guadalupe, celebra fiestas tradicionales, aunque en este momento se siente olvidada y desamparada, por lo que tiene sensación de pérdida o abandono de su fe católica, por la incertidumbre de su embarazo y las posibles complicaciones de su bebé.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Ella cursa por la etapa de la adolescencia, etapa de transición en la cual no han alcanzado una madurez y mucho menos se han concluido sus estudios, mucho tiene que ver con el ambiente social y económico en el que se desarrolló. Refiere estar contenta con sus actividades del hogar y que por el momento no desea trabajar, hay que recordar que su educación solo llegó hasta tercero de primaria y no tiene forma estable de independencia.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actualmente no realiza ninguna actividad recreativa, ni deportiva, en ocasiones sale a caminar de 15 a 30 minutos.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Dejó, la educación primaria por la situación económica que vive su familia, la edad, la falta de comunicación con su madre hace más deficiente la información y crea una serie de dudas que no son aclaradas y hace que los adolescentes a esta edad se enfrenten a grandes responsabilidades, causando riesgos contra su propia integridad.

5.3. PLANEACION Y EJECUCION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE OXIGENACION

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Permeabilidad de las vías respiratorias. Frecuencia, ritmo y profundidad.

DATOS DE DEPENDENCIA:

No se observan.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Evitar dificultad respiratoria, relacionado por la presión ejercida del abdomen gestante a los pulmones, el bajo peso y el déficit nutricional ocasionando fatiga.

OBJETIVOS:

*La paciente disminuirá su problema respiratorio al adoptar una posición adecuada, y así mantener una frecuencia y profundidad adecuada con un abdomen gestante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Vigilar el patrón respiratorio

Evitar deambular rápidamente o subir y bajar escalones

Registro de signos vitales

Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo

modificar la posición cada dos horas

evitar movimientos bruscos

asistir con almohadas, para mantener una alineación corporal adecuada.

Mantener sus artículos personales cerca de ella para evitar esfuerzos.

FUNDAMENTACION:

La respiración es una de las funciones involuntarias de nuestro organismo (regida por el sistema nervioso autónomo o de la vida vegetativa) sobre las cuales sí podemos ejercer voluntad. Es decir podemos jugar con la respiración pausándola, incrementando su velocidad, profundizándola, deteniéndola, etc. La función respiratoria responde de manera automática (instintiva) a nuestras emociones, sensaciones, actividad física y aún a nuestras posiciones.

EVALUACION:

El mantenerla en reposo, con cambios de posición y evitando que se desplace rápidamente o realice movimientos bruscos evita la fatiga.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Habitualmente lleva una dieta poco balanceada y equilibrada con elementos de poca calidad, toma alrededor de un litro de agua al día, presenta una talla de 1.50cm y un peso de 49.700kgs.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de la alimentación e hidratación asociada con la alteración de la nutrición menor de los requerimientos del consumo calórico inadecuado.

OBJETIVO:

*La paciente mejorará el consumo adecuado de alimentos y bebidas de su agrado que le beneficien nutritivamente a ella y al producto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Brindar educación sobre sus hábitos alimenticios

Proporcionar información acerca de los nutrientes y los grupos de alimentos

Dar apoyo para reforzar su elección de alimentos y la manera de prepararlos.

Informar sobre las consecuencias que tiene un recién nacido de bajo peso.

FUNDAMENTACION:

La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias.

Hábitos nutricionales., las costumbres locales, religiosas o familiares y la situación económica influyen en la aceptación o rechazo hacia algunos alimentos. El peso al nacer, peso en relación a la edad y talla, la determinación de concentración de hemoglobina y tasa de mortalidad general y específica por grupo de edad y causa, son indicadores mínimos antropométricos del estado nutricional. Para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas, del organismo se requiere de un 70 % de agua. La dieta inadecuada debido a pobreza, inaccesibilidad e ignorancia, infecciones, factores socioculturales, preparación y sistemas de comida, son factores predisponentes de desnutrición.

Consultar peso bajo al nacer, en el marco teórico y de referencia.

EVALUACION:

La paciente se convenció de lo importante que es mantener su estado nutricional en buenas condiciones para aportar a su bebe una mejor calidad de nutrientes y evitar un recién nacido de bajo peso.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Refiere baño cada tercer día y cambio de ropa diariamente

DATOS DE DEPENDENCIA:

Discreta resequedad en la piel, presenta palidez generalizada y en área vulvar lesiones de aspecto como una coliflor, no dolorosas, pero si causantes de prurito

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deficientes hábitos higiénicos relacionada con las costumbres establecidas en su familia ocasionando piel reseca y escamosa.

Deterioro de la integridad cutánea relacionada con las lesiones que invaden el área vulvar provocando inseguridad y vergüenza.

OBJETIVOS:

*La enfermera mantendrá hidratada la integridad de la piel, mediante la lubricación e ingesta de los líquidos adecuados, en cuanto a cantidad y agrado de la paciente.

*Respetar la individualidad de la paciente acerca del proceso infeccioso venéreo, utilizando medidas preventivas.

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

Lubricar la piel con alguna crema después de un aseo , o baño.

Evitar la deshidratación recordándole que tome agua suficiente.

Manejar con discreción antes las demás pacientes.

FUNDAMENTACION:

El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel.

La Salud de la piel y las mucosas depende en gran parte de una nutrición e ingestión de líquidos adecuados. La piel y las mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.

Son fuentes principales de contaminación la piel y anexos, vías respiratorias, vías digestivas, productos de desecho y exudados así como la ropa, instrumental y objetos contaminados por eso es importante el uso de guantes para el manejo de cualquier infección. Todo individuo es un miembro de una sociedad que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades, asimismo temores y necesidades personales que comúnmente se exacerban con la enfermedad.

Consultar en el marco teórico y de referencia

EVALUACION:

Mejóro la piel en cuanto a la hidratación y la ingesta de líquidos. Limitar contagios a otras pacientes.

En cuanto a su condilomatosis por el momento no se pueden aplicar medicamentos que contrarresten la infección por el embarazo, se pregunto si causaba alguna molestia negándolo por el momento la paciente.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Mantener una postura corporal adecuada. Es capaz de desplazarse, moverse y mantener buenas posturas con limitación a una cama

DATOS DE DEPENDENCIA:

Prescripción de reposo en cama hasta disminuir la actividad uterina

CAUSA DE LA NECESIDAD:

Sedentarismo, ansiedad, aburrimiento, desesperación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Necesidad de moverse y conservar una buena postura relacionada con la alteración por los efectos secundarios, desagradables al reposo prolongado en cama.

OBJETIVOS:

*Explicar a la paciente la importancia de la posición que debe adquirir con reposos en cama.

*Ofrecer comodidad y seguridad a la paciente adolescente para evitar la desesperación.

*Proporcionar distracciones adecuadas o compañía según desee la paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Cambios de posición frecuente.

Explicarle la importancia de porque debe permanecer mayor tiempo en decúbito lateral izquierdo.

Brindar aseo en cama, como un baño de esponja de cabeza a pies.

Proporcionar revistas, folletos que puedan ser de su interés de acuerdo a su edad.

Aplicación de almohadas para ofrecer mayor confort.

FUNDAMENTACION.

El conocimiento y comprensión del comportamiento humano sobre todo en un adolescente ayuda a disminuir o evitar la ansiedad, temor, etc. Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamientos. El mantener en posición decúbito lateral izquierdo es para no ejercer mayor presión sobre los grandes vasos y favorecer a aumentar la presión sanguínea. El uso de aditamentos protectores (bandas o cinturones, marcos, arcos, soportes, cojines, bolsas de arena) ofrecen seguridad y alineación corporal. Una sola posición durante tiempo prolongado produce malestar físico y mental.

EVALUACION:

A pesar de la edad relacionada con la paciente, se trata de disminuir su ansiedad por el sedentarismo causado por su reposo.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos.
Establecer una mejor relación con la familia

DATOS DE DEPENDENCIA:

Se observa comportamiento de indiferencia, aburrimiento y timidez se le dificulta entablar comunicación con la gente

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Necesidad de comunicación, manifestada por aislamiento, indiferencia y aburrimiento.

OBJETIVOS:

Favorecer la comunicación intrafamiliar y con su pareja

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Hacerla sentir confianza y que en verdad nos interesa su diálogo para aumentar su autoestima.

Platicar con la paciente acerca del miedo relacionado con el futuro parto y la responsabilidad de ser madre.

FUNDAMENTACION:

La comunicación ayuda a la paciente a formar una actitud positiva y segura ante los demás y la importancia que tiene el comunicarse con los demás. El ser humano independientemente tiene la necesidad de otros para responder al conjunto de sus ideas vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. La familia el entorno y el conjunto de la misma sociedad, concurren por medio de la comunicación. Dependientemente la comunicación ayuda al paciente a formar una actitud positiva y segura ante los demás, por lo que hay que comprender la conducta humana, y aceptar la capacidad y las limitaciones de uno mismo, para formar una actitud positiva y segura.

EVALUACION:

Se logra crear confianza, por lo que me comenta sentimientos que notan fácilmente los expresa y la problemática que vive desde su embarazo.

En la mayoría de los casos las adolescentes suelen ser inmaduras emocionalmente lo que bloquea el expresar sus dudas o sentimientos hacia los problemas que surgen en su persona, en cuanto a la relación con su pareja establece que a pesar de que vive en unión libre, no siempre está con ella brindándole el apoyo moral que tanto necesita en cuanto a su familia la madre de la paciente no demuestra mucho interés sobre la problemática de su familia.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Empieza a tener interés en mejorar la situación que presenta.

Conoce su diagnóstico.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Aunque el médico le ha explicado su enfermedad, no la ha entendido del todo y se desespera. Desconoce los riesgos que existen en un parto prematuro

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Necesidad de aprendizaje, manifestada por desconocimiento de los factores que predisponen el parto pretérmino.

Incremento del riesgo Obstétrico relacionado con la falta de conocimiento para llevar a cabo las indicaciones prenatales.

OBJETIVOS:

*La paciente podrá identificar los factores que hacen que corra riesgo de un parto pretérmino.

*La paciente tomará conciencia de la importancia de llevar a cabo las indicaciones prenatales

*La paciente aprenderá a identificar los indicios tempranos de parto pretérmino.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Reunir todos los datos que ocasionan el factor de riesgo de acuerdo a su historia clínica.

Platicar con la paciente en un ambiente armónico donde cause confianza para que aprenda a identificar los factores de riesgo.

Proporcionar información acerca de los signos y síntomas que causa un parto prematuro.

Ministración de medicamentos útero-inhibidores indicados por el médico.

Administración de una solución parenteral.

Mantener reposo absoluto en cama.

FUNDAMENTACION:

La enfermera necesitará salvar las barreras que hacen que la mujer embarazada y sobre todo las adolescentes no recurran a los sistemas de salud para así fomentar las necesidades educacionales durante el embarazo y el puerperio ya que esto es esencial para un desarrollo adecuado de la terapéutica.

La ignorancia, es la ausencia de conocimientos, de las medidas que el individuo debe utilizar para mantener o recuperar su salud. A menudo en la edad adolescente carecen de información acerca de los factores de riesgo existentes sobre todo en el ámbito sexual y las enfermedades que pueden contraer.

VALORACION:

La paciente identifica los factores que causan riesgo en un embarazo a temprana edad y todas las consecuencias que implica.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

VI. EVALUACION
DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Se aplicó el proceso Atención Enfermería a una paciente adolescente de bajos recursos desubicada ya que no cuenta precisamente con el gran apoyo de la familia y el de su pareja que no es estable.

Se aplicaron los conocimientos que se adquirieron durante la formación profesional y se obtuvieron nuevos ya que el manejo de un adolescente con grandes inquietudes y temores no es fácil que colabore a su tratamiento debido a que todavía no alcanza una madurez intelectual.

La paciente mejoró después de haberse realizado todas las acciones de enfermería en relación a cada uno de los objetivos planteados de acuerdo a los diagnósticos y necesidades detectadas.

El objetivo de favorecer el descanso y sueño debido al dolor que se había presentado, disminuyó estableciéndole un espacio de confort y seguridad para una buena evolución hacia un parto a término.

El objetivo de favorecer la alimentación e hidratación también es algo muy importante ya que la paciente está en un grado no aceptable de nutrición que no favorece al producto y puede tener consecuencias futuras por un grado de anemia. Se convenció de lo importante que es mantener su estado nutricional ya que la paciente no le gustaban las frutas y comía muy pocas verduras. Y en cuanto a la hidratación se mejoró el aspecto de las mucosas, y la apariencia de la piel.

El objetivo de favorecer la higiene y protección se enfocó sobre todo al aseo personal y a la ingesta adecuada de líquidos, mejorando el aspecto de la piel y su semblante en la cara, en lo que se refiere a la protección la paciente no estaba bien informada sobre la enfermedad venérea que presenta y sobre todo que durante el embarazo las lesiones que invaden su área genital es preocupante para ella, aunque por pena no lo expresaba y su falta de comprensión por la familia y su pareja que no es estable. Se le dio la información acerca de su padecimiento y los tratamientos que posteriores a su parto puede realizarse.

El objetivo de favorecer el movimiento a causa del reposo prolongado en cama para evitar el aburrimiento y la ansiedad disminuye llegando a una comprensión que es para su bienestar de ella y de su futuro bebe. Se mantuvo 4 días en reposo absoluto cooperando con el equipo médico.

El objetivo de la comunicación fue una de las que más se dificultó ya que la paciente a su ingreso no cooperaba en expresar sus sentimientos y dudas acerca de su responsabilidad de ser madre, se logró crear confianza, por lo que comentó sobre la problemática que significa para ella desde que se embarazó en cuanto a

la relación con su pareja el modo de vivir unión libre y que no siempre está con ella le crea inseguridad, no se logra hablar y conversar adecuadamente con la pareja, en cuanto a su familia la madre no demuestra mucho interés ya que todo el tiempo trabaja para poder mantener a su familia y casi no se ocupa de ella.

El objetivo de la necesidad de aprendizaje por lo manifestado anteriormente en cuanto a su edad, su estado económico y estado nutricional y sumándole la infección que adquirió. Estaba llena de dudas, la paciente aprendió a identificar los factores que causan riesgos sobre todo en la edad gestacional que cursa, se información sobre los cuidados que debe tener durante el último trimestre de embarazo, y se resolvieron dudas sobre lo que posteriormente va a cursar como finalizar un parto sin complicaciones o una operación cesárea por lo de su infección venérea, para evitar un contagio hacia su bebe. Y todas las consecuencias que implica.

La paciente estuvo hospitalizada 5 días, logrando ser más abierta con el equipo médico, y a su egreso se observó, más segura de sí misma, aumentó su autoestima y las ganas por luchar de ahora en adelante hasta que nazca su bebe, con un regreso a hospitalizarse con seguridad para un nacimiento satisfactorio.

6.1. -PLAN DE ALTA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

El objetivo del plan de alta, es ayudar a conocer los aspectos básicos y fundamentales de los cuidados que debe llevar en el hogar para concluir con un embarazo a término con las mínimas complicaciones.

Se brinda una orientación básica como lo es la higiene, que debe proseguir con las mismas actividades, su baño diario, aseo bucal, lavado de manos etc.

Reposar de 8 a 10 horas diarias en un lugar con poca luz, sin ruidos, bien ventilado, en posición de decúbito lateral izquierdo con los miembros inferiores levemente elevados para favorecer el retorno sanguíneo.

Recomendar dar un paseo sistemático diario por 10 a 15 minutos, siempre y cuando no exista ninguna molestia.

Tener una tranquilidad emocional (evitando disgustos, sobresaltos, etc).

Evitar realizar viajes a largas distancias , por los antecedentes ocurridos, así como las relaciones sexuales, evitar lavados vaginales, etc.

Preparar las glándulas mamarias para la lactancia materna. Orientando sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para ella como para el bebé, así como recomendaciones para una lactancia exitosa, apego inmediato, alojamiento conjunto, técnicas de amamantamiento, extracción manual, conservación de la leche materna, etc.

Así como el usar ropa de algodón, sobretodo por el problema vulvar existente, no usar protectores, papel o algodón en genitales, ya que contribuyen a la proliferación de bacterias.

Y sobretodo una buena nutrición, así como la ingesta de agua al día, ya sea sola o de sabor con poca azúcar.

Se brinda una orientación en forma clara y sencilla sobre el trabajo de parto para eliminar la angustia y temor cuando regrese a la unidad hospitalaria cuando ya sea el momento del nacimiento de su hijo.

Orientación sobre los métodos de planificación familiar , sobre todo por su estado civil inestable.

la relación con su pareja el modo de vivir unión libre y que no siempre está con ella le crea inseguridad, no se logra hablar y conversar adecuadamente con la pareja, en cuanto a su familia la madre no demuestra mucho interés ya que todo el tiempo trabaja para poder mantener a su familia y casi no se ocupa de ella.

El objetivo de la necesidad de aprendizaje por lo manifestado anteriormente en cuanto a su edad, su estado económico y estado nutricional y sumándole la infección que adquirió. Estaba llena de dudas, la paciente aprendió a identificar los factores que causan riesgos sobre todo en la edad gestacional que cursa, se información sobre los cuidados que debe tener durante el último trimestre de embarazo, y se resolvieron dudas sobre lo que posteriormente va a cursar como finalizar un parto sin complicaciones o una operación cesárea por lo de su infección venérea, para evitar un contagio hacia su bebe. Y todas las consecuencias que implica.

La paciente estuvo hospitalizada 5 días, logrando ser más abierta con el equipo médico, y a su egreso se observó, más segura de sí misma, aumentó su autoestima y las ganas por luchar de ahora en adelante hasta que nazca su bebe, con un regreso a hospitalizarse con seguridad para un nacimiento satisfactorio.

VII.- CONCLUSIONES

El desarrollo de este trabajo fue enfocado a un proceso atención enfermería, aplicado a una paciente adolescente con embarazo en el inicio del tercer trimestre, con inicios de un parto prematuro, además presentando una enfermedad venérea que se incrementó durante el tiempo que lleva de gestación.

Se toma este caso, ya que hoy en la actualidad en nuestra sociedad los embarazos son a ésta edad, o menos por lo general, ya sea por descuido, muchos de ellos no son deseados y esto hace que las jovencitas interrumpen sus estudios, o por la educación que se trunco en su niñez por alguna razón, se les dificulta encontrar un trabajo digno a esta edad. Para el equipo médico muchas veces representa un problema ya que las adolescentes en general están atrapadas en una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, y son ansiosas irritables impacientes, exigentes, poco cooperadoras y están a la defensiva, y son poco realistas, con el embarazo no cambian sus ideas, ni tampoco las hace madurar, a veces se agravan los problemas y algunas veces se logra aterrizar en su realidad a las pacientes, ya que la madurez emocional para aceptar una maternidad y asumir sus consecuencias suelen ser inmaduras. Las adolescentes con una baja autoestima comienzan tempranamente su actividad sexual como objeto de probar su feminidad o el amor o suelen caer como víctimas de adolescentes varones que quieren probar su adultez, con diversas parejas sin protección y esto ocasiona no nada más embarazos si no el contagio de enfermedades venéreas importantes que perjudican tanto la salud como el autoestima de las personas a futuro.

Con todo lo mencionado anteriormente, el profesional de Enfermería tiene una gran tarea más, el sensibilizar el trato, mas a profundidad de este tipo de pacientes, con todo el equipo multidisciplinario, ya que, a pesar de toda la mercadotecnia, información y medios preventivos de gran difusión que nos rodea la incidencia de embarazos en la adolescencia es aun mayor, y las enfermedades adquiridas son aun más.

Dentro de éste instrumento que se aplicó, como es el Proceso Atención Enfermería, se detectaron necesidades de una de tantas pacientes que pueden presentar el mismo problema, dándoles una mejoría con los objetivos que el personal profesional de Enfermería llevó a cabo, así como la elaboración de diagnósticos y utilizando todos los pasos del presente proceso llevando a satisfacer las necesidades requeridas por la paciente.

Este es un instrumento básico para que todos los profesionales de Enfermería lo utilicen, en su área de trabajo y en todas las instituciones ya sea Educativas y Asistenciales retomando la atención del paciente, a través de un modelo de atención como es el de Virginia Henderson con buenos resultados para una atención de calidad.

VIII. - RECOMENDACIONES

Invitar a todo el personal que se siga preparando profesionalmente, ya que en este tipo de profesión nunca se termina por aprender, para que la Carrera de enfermería sea reconocida profesionalmente.

Desde los inicios de la preparación académica se le de gran importancia a llevar como instrumento de primera elección un proceso de atención que sirva de base a todos los profesionales de Enfermería para implementar y ejecutar con buenos resultados cuidados de calidad.

Nuestra profesión, es una disciplina que debe ser aplicada en el campo de la realidad, con el Proceso Atención Enfermería enfocado a un modelo conceptual como es el de Virginia Henderson nos permite aplicarlo con sencillez y facilidad de manera individual o comunitaria en salud y enfermedad utilicémoslo compañeros para mejorar la calidad del pronóstico de vida del ser humano.

GLOSARIO

- **Actividad.** Es la acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.
- **Adolescencia.** Periodo de la vida que se inicia en la pubertad, cuando se desarrollan las características secundarias y se alcanza la capacidad para la reproducción; termina con la aparición de la etapa adulta.
- **Alto riesgo.** Perteneciente aun individuo, en especial un recién nacido, cuyos antecedentes médicos y físicos, o de sus padres, indican que tiene mayor probabilidad de tener problemas fisiológicos.
- **Ambiente.** Compuestos vivos e inertes del mundo del niño.
- **Anemia.** Estado de la sangre en el que hay deficiencia de eritrocitos (glóbulos rojos) por unidad de volumen, de la cantidad de hemoglobina o del volumen total.
- **Atención integral.** Cuidados orientados a atender las necesidades de los diferentes aspectos del paciente biopsicosocial en los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).
- **Auscultación.** Acto de escuchar en busca de sonidos dentro del cuerpo. Se utiliza para valorar el corazón fetal.
- **Base de datos.** Información que describe el estado de un problema antes de iniciar el tratamiento.
- **Coito.** Relación sexual, cópula.
- **Comunicación.** Es el medio por el cual nuestras tendencias, sentimientos y/ o deseos son captados por otros; formal, gobernado por reglas y comúnmente escrito o informal.
- **Condiloma.** Excrecencia parecida a una verruga cerca del ano o la vulva; pápula plana, húmeda, de la sífilis secundaria.
- **Criterio.** Es un elemento concreto que sirve de norma o modelo.
- **Datos objetivos.** Información que es concretamente observable, es decir, información que puede ser seguida y comprendida con lo ojos (observación), sentida con las manos (percusión/palpación), oída con los oídos (auscultación), sentida con el gusto u olfato.
- **Datos subjetivos.** Información que el paciente o cliente expresa a la enfermera durante la valoración, en general se anota como: "el paciente dice..."
- **Enfermera.** Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y está calificada y autorizada en su país para proporcionar un servicio profesional responsable y competente, para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado del enfermo y la rehabilitación.
- **Enfermería.** Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades bio-psicosociales básicas y adquiridas.

- **Equipo de Salud.** Conjunto de personas que intervienen en la atención a la salud.
- **Estandares.** Modelo o norma establecido a través de autoridad, costumbre o consenso general.
- **Estrías gravídicas.** Líneas brillantes, rojizas sobre el abdomen, muslos y mamas durante el embarazo.
- **Evaluación.** Es la valoración de lo que se esté realizando.
- **Gestación.** Estado del embarazo; gravidez.
- **Ginecología.** Rama de la medicina que estudia y trata las enfermedades de las mujeres, en especial de los órganos genitales.
- **Integración.** Consiste en la obtención y articulación de los elementos naturales y humanos para el funcionamiento adecuado de un organismo social.
- **Investigación.** La búsqueda sistemática de nuevos conocimientos mediante el método científico o experimental.
- **Marco de referencia.** Amplitud con que concebimos algo, los conocimientos y experiencias en cualquier área.
- **Menstruación.** Descamación mensual periódica de sangre proveniente del útero; catamenia; hemorragia uterina cíclica, fisiológica, que en general recurre en intervalos, durante el periodo reproductivo.
- **Método.** Consiste en la forma de efectuar una labor determinada.
- **Necesidad.** Elementos imprescindibles para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.
- **Objetivo.** Meta o fin determinado, cambio que se quiere lograr.
- **Paciente.** Aquella persona que necesita y/ o recibe atención de la salud, ya sea en forma individual, familiar o en su colectividad.
- **Palpación.** Acto de sentir con manos y dedos partes del cuerpo con fines diagnósticos.
- **Planeación.** La determinación del curso concreto de acción que habrá que seguirse.
- **Prenatal.** Que ocurre o se forma antes del nacimiento.
- **Previsión.** Es aquello en lo que, con base a condiciones futuras en que habrá de encontrarse, se determina los principales cursos de acción.
- **Problema.** Insatisfacción de necesidades aquel que obstaculice.
- **Proceso.** Es el conjunto de etapas o pasos que sigue un orden lógico.
- **Propósito.** Es lo que se quiere hacer.
- **Prurito.** Comezón intensa, por lo general refiriéndose al área genital.
- **Sacro.** Hueso triangular, en forma de cuña, que corresponde a la fusión de cinco vértebras; sirve como la parte posterior de la pelvis.
- **Sífilis.** Enfermedad grave de transmisión sexual, que se contagia mediante el contacto directo íntimo o de manera congénita.
- **Trabajo de parto.** Serie de procesos mediante los cuales se prepara la expulsión del cuerpo materno los productos de la concepción.
- **Útero.** Organó muscular hueco en la mujer diseñado para la nidación y nutrición del feto durante su desarrollo hasta el nacimiento.
- **Vagina.** Conducto de la mujer que se extiende desde la vulva hasta el cuello del útero.

- **Vaginitis.** Infección que afecta la mucosa de la vagina, que suele relacionarse con aumento de secreción fétida, comezón y sensación quemante.
- **Validación.** Proceso de confirmación de que la información o datos que se ha recogido son verdaderos y basados en los hechos.
- **Valoración de los datos básicos.** Valoración general que suele ser completa en el contacto inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de salud del mismo.
- **Valoración focalizada.** Valoración de enfermería que se centra en reunir más información sobre un problema específico.
- **Vulva.** Genitales externos femeninos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ABDELLAH, Faye. "21 Problemas de Enfermería". Traducido del American Journal Nursing vol. 60 No. 10 ,Octubre 1970. pp 1473
- 2.-ARROLLO, Gordo, Ma. Del Pilar. "La naturaleza de la Enfermería reflexiones 25 años después de Virginia Henderson". Ed. Interamericana Mc Graw Hill 1994.
- 3.- BALSEIRO, Almario, Lasty "Investigación en Enfermería". Ed. Prado, S.A. de C. V. 1991, pp.216.
- 4.-CAMPOS, Domínguez, María y H. Suárez, Guadalupe. "Diagnósticos de Enfermería". Trabajo mimeografiado presentado en las Jornadas de Enfermería del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, diciembre 1974, México, D. F.
- 5.- CARPENITO, L.J."Diagnóstico de Enfermería". Ed. Mc Graw Hill Madrid España 2ª edición 1992.
- 6.- COLLADO, Carol. "Planeamiento de los Cuidados de Enfermería". Trabajo Inedito presentado en el Grupo de Trabajo sobre Administración de la Atención de Enfermería, mayo 1992, México. D.F.
- 7.-De ZEIGUER, Bertha K. "Ginecología Infanto Juvenil". Ed. Médica Panamericana, 2ª edición, 1989, pp. 445
- 8.-DONALSON, Suez Doroty. "La disciplina de Enfermería en Perspectiva". En nursing therv Phyladelphia, Lipvocott Copmany, 1992.
- 9.-DURAND, Mary y Rosemary Prince. "Diagnóstico de Enfermería". Traducido de: Nursing Forum, Vol.5 No. 4 pp. 966.
- 10.-"El proceso Enfermero". ENEO- UNAM. Legados y Tendencias 1907 – 1997 Memorias . Enfermería Universitaria 1998.
- 11.-FERMIN, Cormenetal Fernando "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención Enfermería". Ed. Asno Salvat. Barcelona 1995
- 12.-Sister FRANK, Marie y Sor Elizondo, Teresa. "Desarrollo Historico de la Enfermería". Ed. La prensa Médica Mexicana, México., ed. 2ª. Reimpresión 1975. pp.334.
- 13.-GANT, Norman F. y Cunningham Gary F."Manual de GinecoObstetricia". Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. 1993, reimpresión 1997 pp.608.

14.-GARCIA de Cortazar, J.A. "Historia General de la alta edad media". Ed.Alianza, Madrid, 1983.

15.- "Ginecología y Obstetricia AMHG M3 I.M.S.S." Ed. Mendez, 3ra. edición, México D. F. 2000.

16.-HACKPIELZ, Maria Mercedes. "Cuidado de Enfermería", en II reunión Latinoamericana de Etica y Bioética en enfermería, México, ENEO, UNAM. Agosto 1997.

17.-HAWKINS, M.S. Watson Joellen Loretta, Higgins P. "Enfermería Ginecológica y Obstetrica". Ed. Harla S.A. de C.V. 1884, , pp. 587.

18.-HERNANDEZ, Conesa Juana. "Historia de la Enfermería un Análisis Historico de los Cuidados de Enfermería". Ed. Interamericana Mc Graw Hill., 1995.

19.-HINCH, Susana, "Enseñanza de Enfermería Clínica". Ed. Interamericana, México 1982.

20.-LOWDERMILK, Deitra Leonard; Perry Shannon y Bobak Irene. "Enfermería Materno Infantil". Ed. Harcout / Oceano, volumen 1, pp.629.

21.-LUIS, Rodrigo, María Teresa, Fernández Ferrín y Navarro Gómez. "El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". Ed. Masson, 2ª edición,

22.-"Marco Conceptual Virginia Henderson, Toxonomia Diagnóstica de la NANDA." Ed. Interamericana, 1993.

23.-MARRINER, Ann. Rn.,"El proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico". Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. 2ª ed. traducido por Dr. Alfonso Téllez Vallejo, 1989 pp. 325.

24.-MELGOSA, Julian. "SIN Estres!". Ed. Safeliz Asociación publicadora Interamericana, 3ª. Edición Julio 2000. pp.189

25.-MENDOZA, Otero Francisco, "Obstetricia Luis Castelazo Ayala". Ed. Interamericana, tomo 11 sexta edición, México 1995.

26.-MILLER, Norman F. y la Enf. Avery Hazle. "Enfermería Ginecológica". Ed. Interamericana. S. A. de C. V., reimpresión 1986 pp. 374.

27.-PHANEUF, Margot M.A. "Proceso Atención de Enfermería, Cuidados de Enfermería". Ed. Mc Graw Hill Interamericana de España., , 1993 pp. 227.

28.-PLANNER RS, Hobbs JB. "Intraepithelial and invasive neoplasia of the vulva in association with human papillomavirus infection".
Reporte medico 1988 pp.503.

29.-REEDER, Rn, Sharon; Martin Rn Senoide, y Koniak Rn Deborah "Enfermería Materno Infantil". Ed.Interamericana Mc Graw hill. Decimoseptima edición 1995. pp.1421.

30.-ROSALES Barrera, Susana y Reyes Gómez, Eva. "Fundamentos de Enfermería". Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. 1991. pp. 463.

31.-TORRENS Sígales, Rosa María y Martínez Bueno Cristina. "Enfermería de la mujer". Ed.Difusión Avances de Enfermería, , enero 2001. pp. 525.

32.-UNAM- ENEO. "EL PROCESO DE ENFERMERIA".
Seminario taller., año 2003.

33.-WORLD, Weitzel, Zsohar "Curso de enfermería moderna". Ed.Harla 7ma edición.

34.-YURA H., Walsh M.B. "El proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación, Ciencias de la Enfermería." Ed. Alambra S.A. 1982 pp.222

35.-Panzarine S., Elster AB. "Prospective adolescent stresses during pregnancy and implications for nursing interventions".
J. Psychosoc Nurs Ment Health Ser. Pp.803 1982.

36.-Flick L:H: "Paths to adolescent, parenthood: Implications for prevention". Public Health Rep. pag. 236.

37.-Bailey L. B., Mahan CS; Dimperio D. "Folate and iron status in low-income pregnant adolescents and mature women". Am J. Clin Nutr 2001.

38.-Zuckerman B, Walter DK, Franck DA et al "Adolescent pregnancy and parenting". Advances Dev Behav Peds 1986.

39.- Spivak H. Weitzman M. "Social barriers faced by adolescent, parents and their children". JAMA, Sep. 1984 pp.2031.

PAGINAS ELECTRONICAS

<http://www.embarazada.com/DetallePregunta.asp?>

Consultada el día 23 de octubre 2003.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre. J. G. I. Edad: 15 años sexo: femenino.
Estado civil: Unión libre. Escolaridad: 3° de primaria Ocupación: Hogar
Religión: Católica Procedente: del Distrito Federal
Domicilio : Calle Ticascal, Colonia San Nicolás Chichicuaspa Tlalpan.
Peso: 49.700 kilogramos Fecha de Nacimiento 10 de enero de 1988.
Fuente de información: la paciente. Fecha de ingreso: 5 de Noviembre 2003 .

INTERROGATORIO

1.-Antecedentes heredo familiares (padres, abuelos, tíos, hermanos) . refiere desconocer antecedentes.

2.- Antecedentes personales patológicos. Niega hospitalizaciones, quirúrgicos, traumáticas, transfusionales, alérgicos y toxicomanías, desconoce enfermedades exantemáticas.

AMBIENTE FISICO DEL PACIENTE

- A) HABITACION: habita casa prestada, techo de lámina, piso de cemento, paredes de tabique, conformada de 2 recamaras y una cocina y baño separados.
- B) SERVICIOS: Sanitario comunitario, cuenta con agua potable, camión recolector de basura, para su eliminación diariamente, calles pavimentadas, con perros como fauna domestica.

MEDIOS DE TRANSPORTE

- C) Cuenta con transporte colectivo metro, camiones, microbuses, etc.

RECURSOS PARA LA SALUD

- D) SSDF, DIF, SSA, Otros particulares.

HABITOS DIETETICOS

- E) Ingiere leche cada tercer dia, dos veces al mes fruta , legumbres Diario, carne dos veces a la semana, tortillas diario, cereal cada tercer día, huevo dos veces a la semana, pan blanco diario, verduras diario, alimentos chatarra de vez en cuando.

HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL

- F) Se baña cada tercer día, se lava los dientes dos veces al día, refiere lavarse las manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y después de ir al baño, se cambia la ropa diario, cambio de ropa de cama cada 8 días.

Refiere descanso y sueño por lo regular fisiológicamente y duerme de 7 a 8 horas diarias.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.

Presenta menarca a los 12 años de edad con ciclos menstruales de 30 X 5-6, dismenorrea, Gesta 1, PARA 0, Abortos 0., inicio de su vida sexual activa (IVSA) a los 13 años, parejas sexuales 2, ; citologías vaginales negadas, control prenatal negado. Embarazo actual a los 15 años de edad con fecha de última menstruación (FUM) 21 de marzo 2003.

Refiere no haber usado métodos anticonceptivos desde si inicio de vida sexual activa.

Alteraciones Ginecológicas: refiere flujo de color blanquecino, sin olor, salida de verrugas pequeñas desde hace dos años, que fueron incrementando ahora en la actualidad con el embarazo, en algunas ocasiones refiere haber tenido prurito, no son dolorosas, ignora datos sobre su enfermedad venérea.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

- A) Sistema digestivo: apetito normal, presenta de 2 a 3 evacuaciones normales en 24 horas.
- B) Sistema respiratorio: negados.
- C) Sistema inmunológico: sin problemas.
- D) Sistema urinario: refiere disuria 4 – 5 veces al día, con olor y color marcado, la sensación de seguir orinando con un ligero ardor.
- E) Sistema endocrino: Normal.
- F) Sistema nervioso: Normal.
- G) Sistema músculo esquelético : Normal.
- H) Sistema tegumentario. Cicatrices si, estrías sí.

I) Sistema cardiovascular: Normal.

J) Sistema linfohemático. Habrá que descartar una anemia.

EXPLORACION FISICA

Signos vitales y somatometría: frecuencia cardiaca 82 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.4 ° C. Tensión arterial: 110/70, peso: 49.700 kilogramos, Talla: 1:50 centímetros.

CABEZA:

*Cráneo: normo céfalo.

*Cara: Coloración morena clara, pigmentación normal.

*Ojos: color café, con reflejos normales.

*Nariz: con fosas nasales normales.

*Boca: mucosas orales poco hidratadas, con coloración de mucosas pálidas, piezas dentales con algunas caries, completas con déficit higiénico, sin problemas para masticar.

*Oídos: escucha bien.

*Cuello: Simétrico.

TORAX:

Normo líneo.

*Mamas: pequeñas, de forma redonda, turgentes, pezón eréctil, areola pigmentada, con escasa secreción.

*Ruidos cardiacos, rítmicos.

MIEMBROS SUPERIORES:

Simetría normal, venoclisis permeable con un catéter del numero 18, en miembro superior derecho, con una solución pasando tipo glucosa al 5% de 1000 mililitros, a una velocidad de 41 gotas por minuto y medicamentos útero-inhibidores. Tegumentos con ligera resequedad.

ABDOMEN:

Piel, con línea morena, abdomen poco globoso, con producto único vivo interno, de acuerdo a maniobras de Leopold, se presenta producto longitudinal con dorso a la izquierda, cefálico, con percepción de movimientos fetales, un fondo uterino de 23 centímetros, se ausculta una, frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto rítmico, con ligera actividad uterina presentando contracciones de intensidad leve, con frecuencia de una contracción cada 20 minutos con duración de 60 segundos aproximadamente.

GENITALES:

Se observa en área genital sobre todo en el área vulvar, algunas verrugas planas y otras parecidas a una coliflor con base ancha, que abarcan toda la vulva, hasta el introito de la vagina., con un escaso flujo blanquecino.

MIEMBROS INFERIORES:

Sin alteraciones.

NIVELES DE DEPENDENCIA DE LA ATENCION DE ENFERMERIA:

*Comunicación: dependencia parcial.

*Alimentación : independiente.

*Eliminación: independiente.

*Movilización: Independiente.

*Higiene y arreglo personal: independiente.

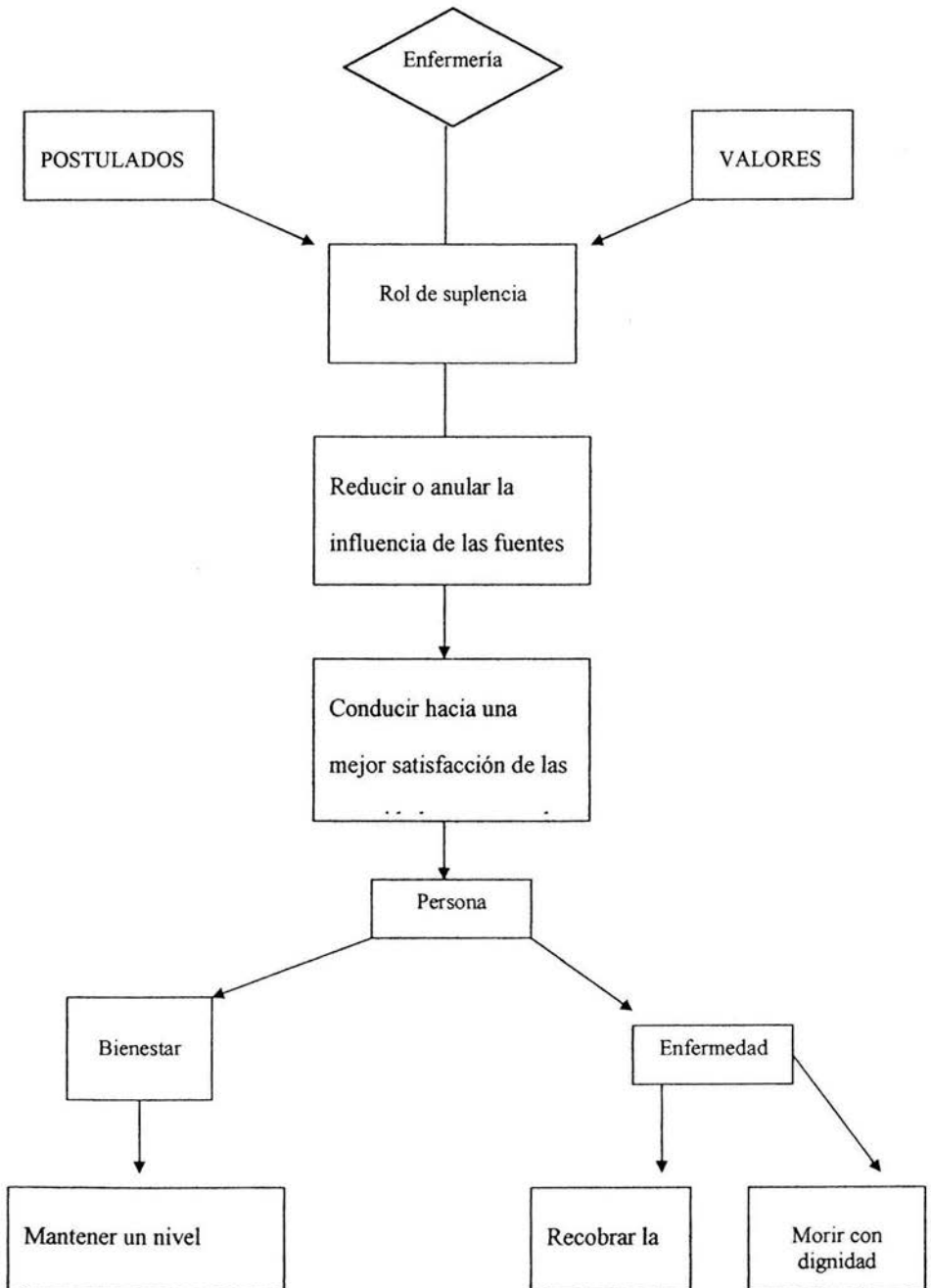
COMPARACION DEL MÉTODO CIENTÍFICO CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

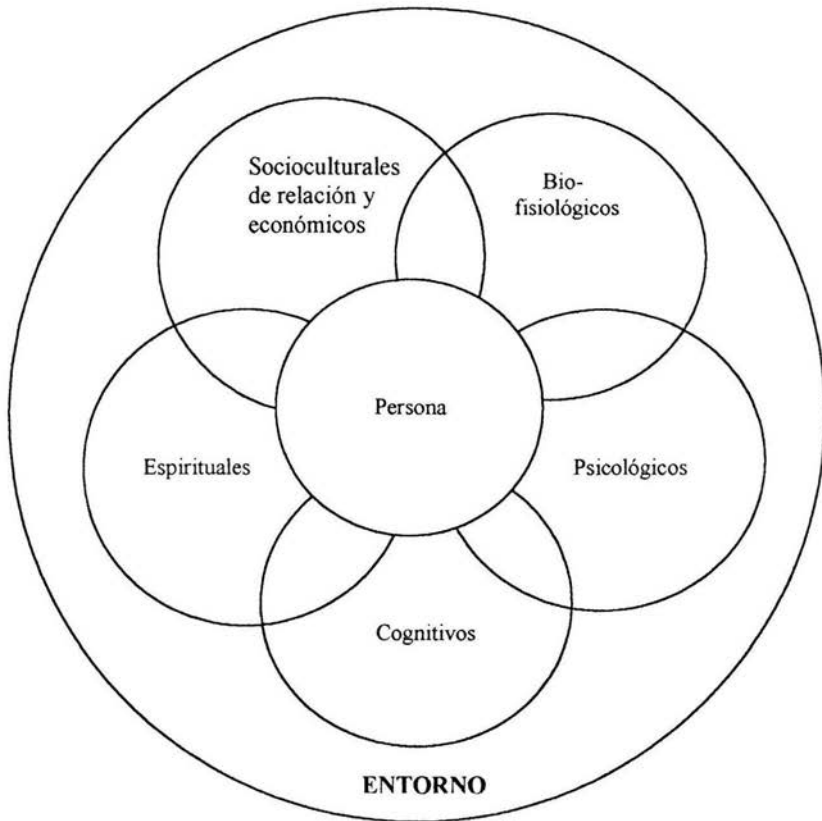
<i>METODO CIENTIFICO</i>	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
1. Observación (Identificación del problema).	1. Recolección y selección de datos: Fuentes{ directas e indirectas. (Paciente, expediente, familia, comunidad, equipo de salud, bibliografía.).
2. Formulación de hipótesis	2. Conclusión de estado del paciente, familia y comunidad. Problemas : { reales , potenciales, Jerarquización de necesidades.
3. Prueba de hipótesis	3. Planteamiento de los cuidados. Contiene los objetivos de las actividades.
4. soluciones sobre los resultados de la hipótesis.	4. Implementación del plan. Notas o registros para dar atención de calidad. [relación enfermera-paciente, y el equipo se salud, familia o comunidad].
5. Evaluación	5. Evaluación. Aspecto: Efecto Esfuerzo Eficiencia [sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada].

Toda profesión para que sea aceptada como tal debe basarse en la investigación con fundamento en el método científico., teniendo un marco de referencia, estudio de caso o aplicación directa con el paciente, familia y comunidad.⁸⁵

⁸⁵ WORLF, Weitzel Zomow, Zsohar, Curso de Enfermería Moderna. Ed. Harla Méx. D.F. 7ma. ed; Pag. 249-252.

SINTESIS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON





ASPECTOS RELATIVOS A LA PERSONA, TAL Y COMO SE CONSIDERAN EN ESTE MODELO

*MARGOT Phaneuf. Proceso Atención de Enfermería

ETAPAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

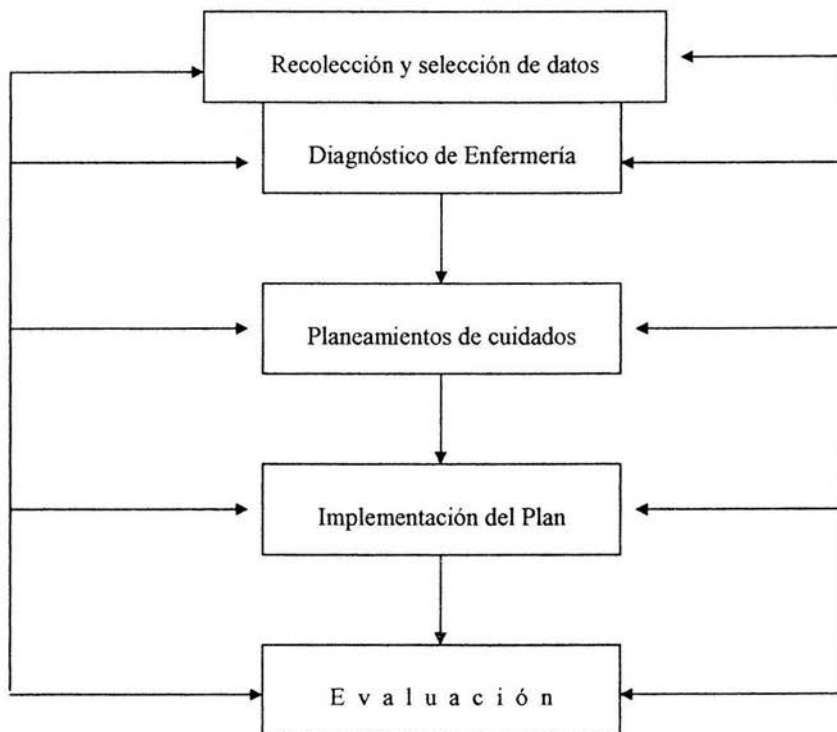


DIAGRAMA DE LA PRIMERA ETAPA
DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

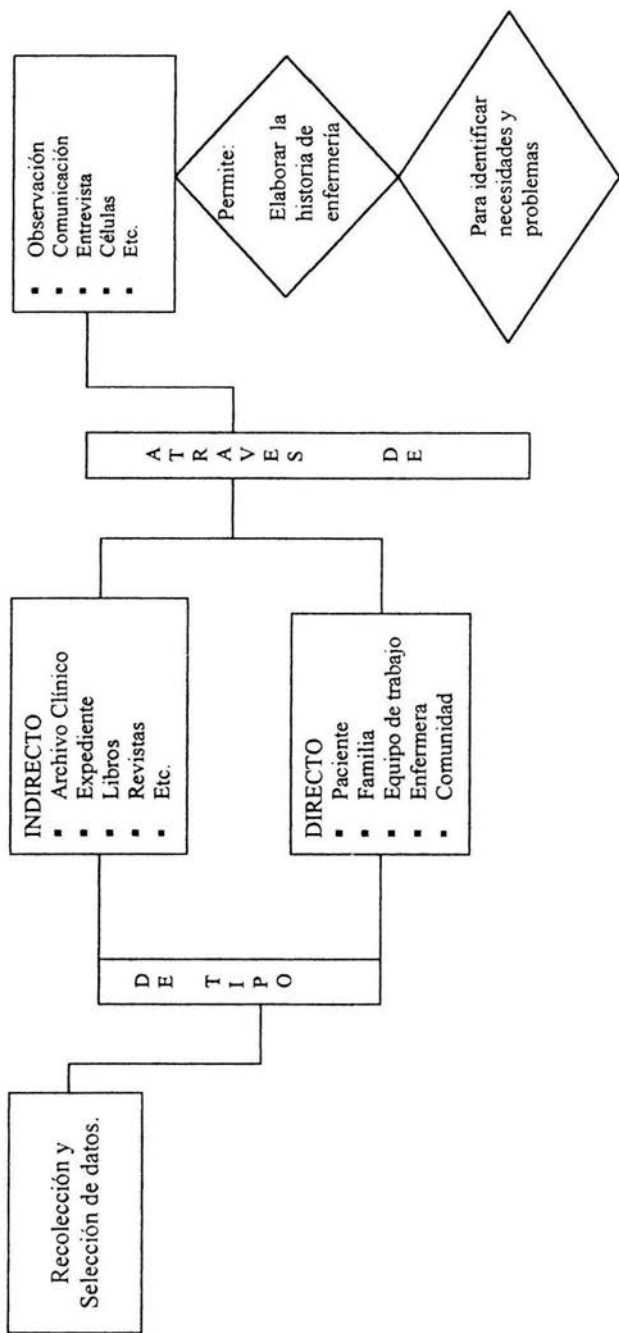


DIAGRAMA DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

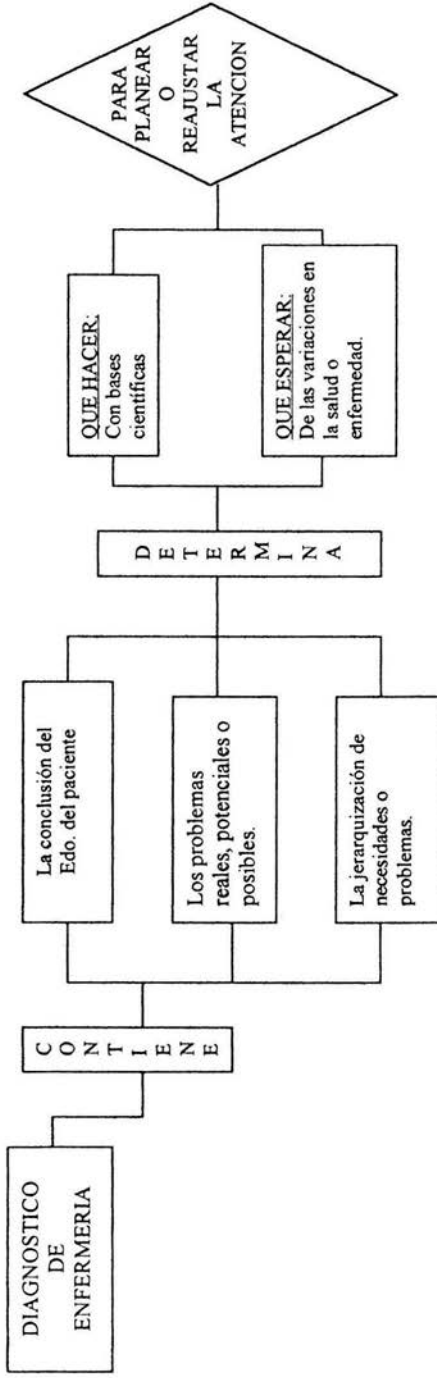


DIAGRAMA DE LA TERCERA ETAPA
DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

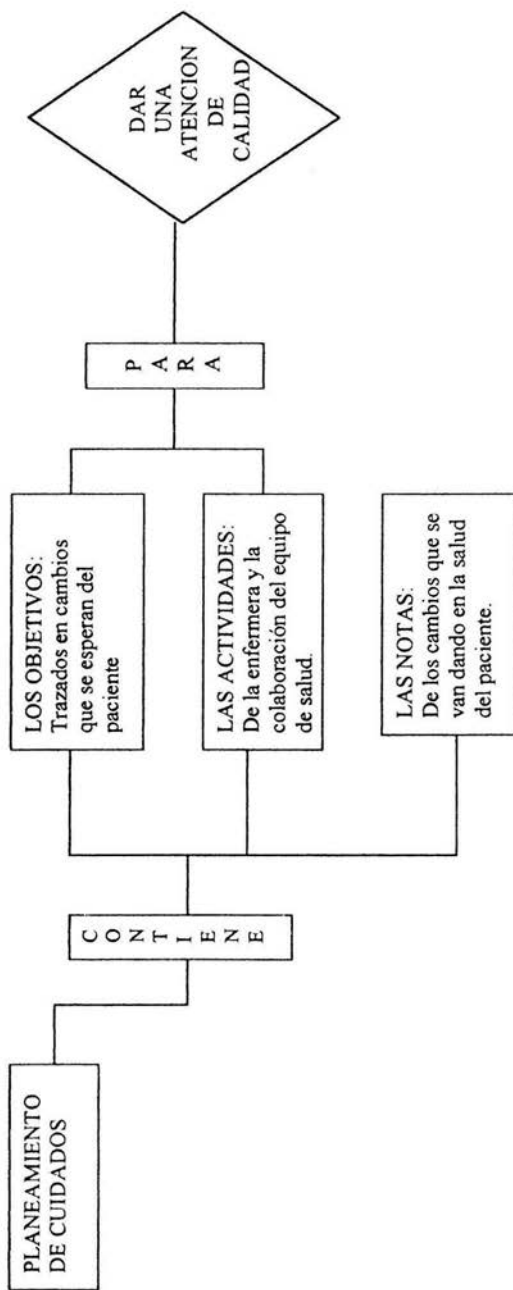


DIAGRAMA DE LA CUARTA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

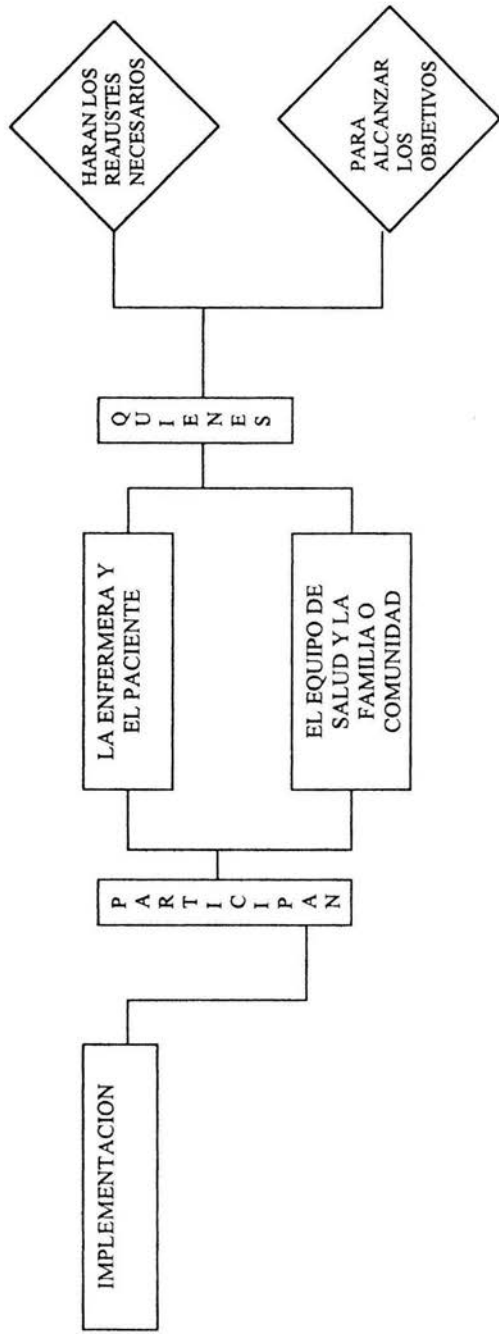
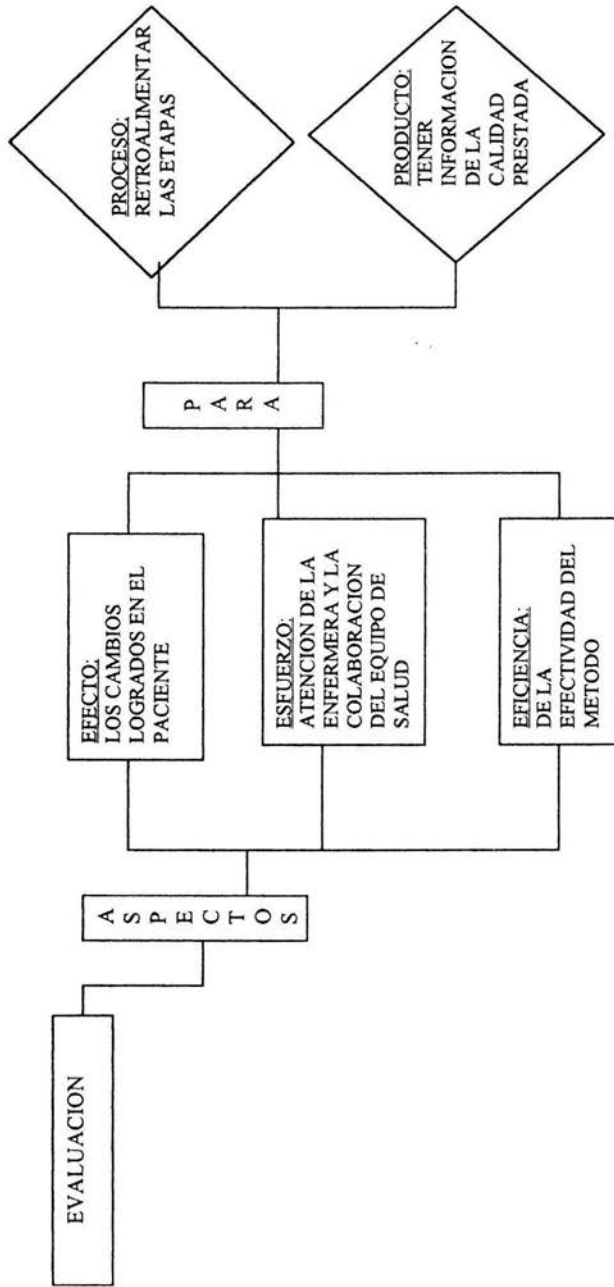
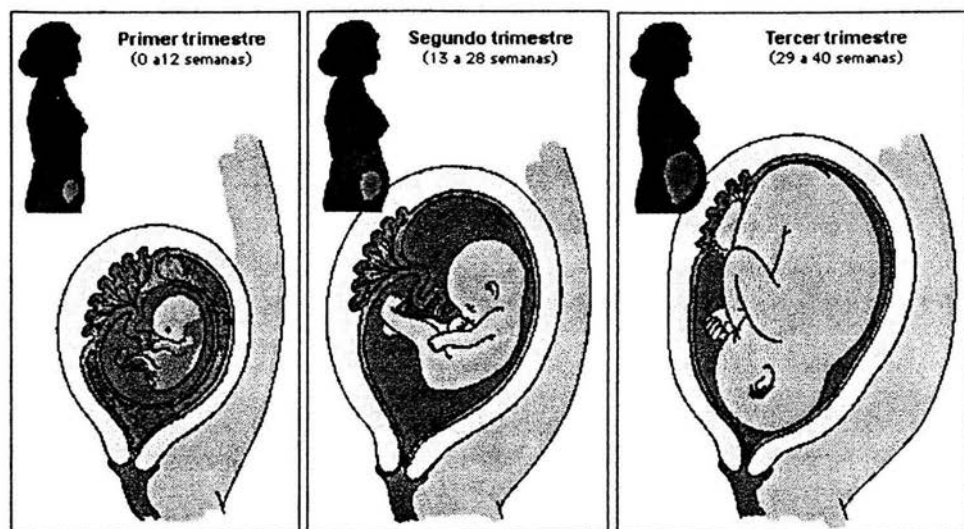


DIAGRAMA DE LA QUINTA ETAPA
DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA





Embarazo: evolución en cada trimestre

Las 40 semanas del embarazo se dividen en tres trimestres. El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las ocho primeras semanas, después se le denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial durante las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar. En el segundo trimestre, el feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez. El embarazo de la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardíaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. En el tercer trimestre, los órganos de éste maduran. La mayoría de los bebés prematuros nacidos al comienzo del tercer trimestre sobreviven, y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero. La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este periodo, y su sueño, muy importante en ese momento, puede verse alterado.



Embarazo humano

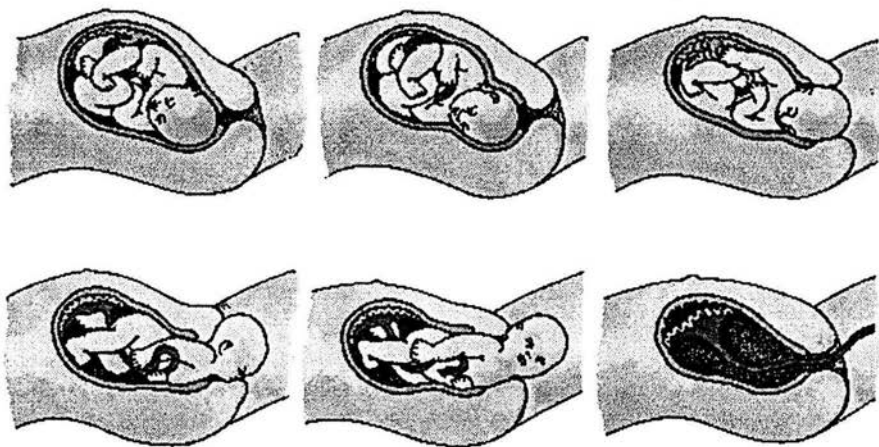
Aunque el periodo total de gestación de los seres humanos dura nueve meses, el feto tiene una apariencia humana reconocible hacia las 12 semanas de desarrollo. Los órganos vitales no están desarrollados como para permitir su supervivencia en el exterior hasta los siete meses. En el útero, el feto es especialmente sensible a los efectos de las drogas, el alcohol y los rayos X.

Anterior

Siguiete

Multimedia

Aparece en



Etapas del parto

El parto es un periodo de contracciones irregulares del útero, en el cual el cuello del útero se reblandece y comienza a dilatarse. En la primera etapa del parto (*arriba a la izquierda*), el útero se contrae con fuerza y regularidad. El cuello del útero (*en el centro*), se dilata con cada contracción, y la cabeza del bebé gira para adaptarse a la pelvis de la madre. En la segunda etapa (*derecha*), la madre empuja o presiona hacia abajo, en respuesta a la presión ejercida contra sus músculos pélvicos. La coronilla de la cabeza del bebé comienza a hacerse visible en el canal del parto ensanchado. Cuando la cabeza emerge por completo (*abajo a la izquierda y en el centro*), el doctor gira los hombros del bebé, que emergen con la siguiente contracción. El resto del cuerpo se desliza entonces hacia el exterior con relativa facilidad, y se obtura y se corta el cordón umbilical. La tercera etapa (*a la derecha*), se da dentro de los diez minutos siguientes al nacimiento. El útero continúa contrayéndose y se expulsan los restos del cordón umbilical y la placenta.