



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

“ PROCESO DEL CUIDADO APLICADO A USUARIA
EN PUERPERIO QUIRURGICO ”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA.

ROCIO MARTINEZ CAÑADA

No. CUENTA: 401118427

ASESORA

L.E.O. GLORIA RODRIGUEZ DIAZ

JUNIO 2005

m. 345908



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

EN AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Te agradezco señor por haberme concedido esta oportunidad de concluir mi estudio, donde con mi rostro levantado te digo que tú has sido mi guía en todos mis planes y seguirás siendo hoy, mañana y por siempre, gracias te doy señor por todo lo que haces y todo lo que harás.

A MIS PADRES:

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. Esperando llevarlos siempre en mi mente y corazón con amor y gallardía.

A MIS HERMANOS:

Quienes desinteresadamente han apoyado mi superación y me han alentado para que no caiga el deseo de superación por el rudo camino de la vida.

ALGUIEN ESPECIAL:

Con respeto y admiración por su apoyo y confianza.

A LA UNAM:

Por haberme abierto las puertas de esta institución y preocuparse por la formación de los profesionistas dedicados al cuidado de la salud, con la cuál se logrará un México mejor.

A LA ENEO:

Con mi más profundo agradecimiento por haberme abierto la puerta del saber, brindándome la ciencia y el humanismo.

A MIS MAESTROS:

Mi agradecimiento por su cooperación para llegar a la meta trazada, aportando sus conocimientos y experiencias.

AYER:

Juntos emprendimos el camino de la preparación, era esperanza, ilusión, y deseo haber forjado un anhelo.

Durante el recorrido fueron horas de estudio, esfuerzo y sacrificio.

HOY:

Se ha llegado al final del camino, es realidad, alegría, dicha y satisfacción, el haber llegado al camino del triunfo este es el final... de un nuevo principio: Ser profesionista.

" la preparación nunca termina"

INDICE.

1. Introducción.....	2
2. Justificación.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	6
5. Marco teórico.	
5.1 El cuidado enfermero.....	7
5.1.1 Proceso atención de enfermería.....	10
5.1.2 Etapas del proceso atención de enfermería.....	12
5.1.3 Modelo de Virginia Henderson.....	20
5.1.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	22
5.2 Anatomía de aparato reproductor femenino.....	25
5.3 Anatomía y fisiología del embarazo.....	30
5.4 Cesárea.....	34
6. Aplicación del proceso del cuidado.	
6.1 Presentación del caso clínico.....	43
6.1.2 Valoración de las 14 necesidades.....	45
6.1.4 Planeación, ejecución y evaluación de las 14 necesidades.....	52
6.1.5 Plan de alta.....	72
7. Conclusiones.....	77
8. Glosario.....	79
9. Bibliografía.....	81
Anexos.	
Anexo 1. Etiqueta diagnóstica de la NANDA.....	83
Anexo 2. Valoración diagnóstica de enfermería.....	87
Anexo 3. Conclusión diagnóstica de enfermería.....	94
Anexo 4. Tríptico de plan de alta.....	95

1. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería se ha planteado como un método para la solución de problemas a los que se enfrenta la enfermera en su trabajo diario, el cual posee orientación científica, lógica y crítica.

La enfermería en el área de ginecoobstetricia desempeña un rol independiente, donde demuestra la efectividad de sus acciones integrales desempeñadas en el control prenatal, atención del parto y su capacidad para el control del puerperio fisiológico o quirúrgico a las usuarias que requieren de sus servicios.

La cesárea es la intervención quirúrgica más importante que se realiza con mayor frecuencia en muchos países del mundo. Aunque se ha dado a conocer los beneficios y la seguridad del parto vaginal, se ha incrementado número de cesáreas

Los factores que se citan como causantes de este incremento incluyen un mayor uso de monitorizaje electrónico fetal, aumento del número de embarazos de primigestas, así como embarazos a mayor edad y la incidencia de cesáreas interactivas.

El tipo de cuidado de enfermería también puede influir sobre la tasa de cesárea. En un estudio realizado por Radin, Harmon y Hanson (1993) reveló que los índices fueron menores en mujeres a quienes las enfermeras les brindaron cuidados de soporte durante la dilatación y el parto.

Muchas mujeres sometidas a cesárea refieren experimentar sentimientos que interfieren con el mantenimiento de un autoconcepto adecuado, incluye miedo, decepción, frustración por pérdida del control, ira y pérdida de autoestima relacionados con los cambios en la imagen corporal, algunas consideran la cicatriz como mutilación y se preocupan por la pérdida de su atractivo sexual.

En el caso clínico que se presenta, la cesárea no fue programada. Se observó en la usuaria y familiares cambios bruscos en sus expectativas del parto, la usuaria por lo general llega al procedimiento quirúrgico agotada y decepcionada después de una dilatación infructuosa.

El presente caso clínico se realizó en el Hospital Regional Actopan, de la Entidad Federativa de Hidalgo, a una usuaria internada en el servicio de ginecología con el diagnóstico de puerperio quirúrgico.

En este caso particular se empleó la filosofía de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso de Enfermería. En cuanto a la valoración se observan las 14 necesidades de la usuaria y las posibles fuentes de la dificultad que afectan la salud de la misma, en el diagnóstico se establece cuál es el problema, se estructuran con el formato que incluye problema, etiología, signos y síntomas (PES), así también se empleó el sistema de notación de la North American Nursing Diagnosis Assosiation (NANDA). Al planear se desarrollaron los objetivos e intervenciones de acuerdo al nivel de dependencia para satisfacción de las necesidades.

Este trabajo se realiza basándose en datos concisos proporcionándolos en forma organizada como continuación se presenta:

El punto número uno se centra en el marco teórico trata del origen del cuidado, el Proceso atención de enfermería, modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, embarazo, cesárea.

El punto número dos, se lleva acabó la presentación del caso clínico de la usuaria E. Hernández, valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación de las 14 necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Para finalizar se realiza un plan de alta, mencionando las acciones y recomendaciones que debe de realizar la usuaria y familia en su hogar para prevenir posibles complicaciones de la usuaria y recién nacido. Así como anexos que sirvieron para recopilar información para poder llevar a cabo este proceso atención de enfermería.

2. JUSTIFICACIÓN.

El ejercicio de la práctica de enfermería exige una formación cada vez más completa que implica en profundizar los conocimientos científicos que debe de poseer el personal de enfermería, así como las habilidades que se han adquirido para poder aplicarlos, conjuntamente con una aptitud de ayuda y un criterio para el beneficio de la usuaria.

Los modelos de atención de enfermería nos proporcionan conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas en la atención del individuo, esto permite al personal de enfermería, autonomía de acción ya que sirve de guía en los aspectos asociados a las funciones profesionales sustentadas en el método científico.

Teniendo en cuenta que la enfermería se considera arte, ciencia y disciplina proporcionaremos atención de enfermería de manera independiente, he aquí un breve ejemplo de las capacidades de la enfermería para mantener y preservar la vida del ser humano en su esfera bio-psico-social, teniendo como base fundamental el Proceso de Atención de enfermería.

El motivo para realizar el Proceso Atención de Enfermería en el caso de la usuaria en puerperio quirúrgico, es debido a que la incidencia de la cesárea ha aumentado de forma dramática en los últimos 25 años, aunque los métodos y cuidados quirúrgicos modernos han disminuidos en la morbilidad y mortalidad materna y fetal asociados, no obstante, a pesar de estos avances, la cesárea todavía supone una amenaza para la salud de la madre y del bebé.

Por lo tanto enfermería debe contar con capacitación suficiente además de poseer una gran responsabilidad para desarrollar sus actividades terapéuticas sin ningún problema ya que la usuaria requiere de mayor atención y cuidado, lo que permite favorecer su integridad, seguridad, bienestar, manteniendo y respetando su individualidad con tareas a desarrollar.

El presente trabajo se realiza como un producto terminal de la carrera de licenciatura de enfermería y obstetricia, optando por la particularidad de la metodología del cuidado. Proceso Atención de Enfermería.

3. OBJETIVOS.

GENERAL.

- Desarrollar la metodología del cuidado con el modelo de Virginia Henderson proporcionando calidad de atención a una usuaria de puerperio quirúrgico para favorecer su pronta recuperación.

ESPECÍFICOS.

- Valorar con detenimiento los factores de riesgo materno-fetal así como posibles problemas que afecten la evolución del puerperio y determinar los cuidados de enfermería que se requieren.
- Realizar el diagnóstico de enfermería bajo la metodología del formato problema, etiología, signos y síntomas.
- Desarrollar un proceso educativo a la salud orientada a la usuaria y para el recién nacido.
- Aplicar el plan de cuidados con base en el diagnóstico de enfermería para proporcionar calidad y calidez en la atención a la usuaria.
- Integrar a la familia en los cuidados que se realizan a la usuaria y recién nacido creando un entorno favorable para su pronta recuperación.

4. METODOLOGÍA.

La estructura metodológica que se llevó a cabo fue mediante el seminario para la realización del Proceso Atención de Enfermería. Las estrategias didácticas que llevaron a cumplir, etapa por etapa el trabajo hasta su conclusión. Fue la investigación bibliográfica y recopilación de información, para ampliar los conocimientos. Después se procedió a la realización de lectura selectiva; primero de aquellos títulos que se relacionaron con el tema de investigación; una vez que se reunieron los títulos necesarios, se seleccionaron los capítulos de interés como son: el cuidado enfermero, proceso atención de enfermería, modelo de Virginia Henderson, anatomía del aparato reproductor femenino, anatomía y fisiología del embarazo, cesárea para la estructuración del marco teórico.

Para la redacción del marco teórico se recurrió a la lectura dinámica que nos ayudó a definir las ideas centrales de los temas a investigar.

Posteriormente fue seleccionado el caso clínico y a la usuaria en la cual se desarrolló los cinco pasos del proceso atención de enfermería, primero se llevó a cabo la valoración con la ayuda de la entrevista y se realizaron preguntas concretas utilizando un lenguaje entendible, para reunir y examinar información de los datos tanto objetivos y subjetivos con el fin de obtener toda evidencia necesaria para definir el estado de salud de la usuaria.

Después se procedió a realizar los diagnósticos de enfermería con el formato problema, etiología, signos y síntomas (PESS), y etiqueta North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) cómo los objetivos, tomando en cuenta las prioridades de las catorce necesidades de Virginia Henderson, al concluir este paso se desarrolló y ejecutó el plan de cuidado.

Se elaboró un plan de alta para la usuaria donde realizamos recomendaciones para su cuidado y del neonato en su domicilio.

Por último se recopilaron las bibliografías consultadas y se organizaron los anexos para la conclusión de nuestro trabajo.

Teniendo todo lo anterior estructurado se presenta para la revisión de nuestro aval universitario para las correcciones necesarias y aclaraciones de dudas y así poder obtener la carta de aceptación del trabajo e iniciar tramites para la realización del examen profesional, para obtener el título como licenciada en enfermería y obstetricia.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 EL CUIDADO ENFERMERO.

A lo largo de la historia el hombre intenta preservar su especie cuidando de sus semejantes para poder tener mejor calidad de vida y esto significa que el cuidar es compartir, compartir entre persona cuidadas y que cuidan, compartir entre personas que imparten los cuidados, para descubrir, comprender y aprender de este gran libro de la vida a través de las situaciones de los cuidados.¹

Los cuidados se consideran un fenómeno universal que influyen sobre la forma en que las personas piensan, sienten y se comportan unas con otras por esto todos los usuarios son diferentes y cada uno de ellos tiene un distinto pensamiento, cultura, expresión y experiencia, es considerado un ser único con un proceso vital denominado amor y que los cuidados que se brindan son específicos y dependientes para cada uno de ellos.

Los cuidados actualizan un valor primordial para la enfermera ya que ayudan a todos los usuarios a recuperar su salud o a rehabilitarse o a una muerte tranquila, todo esto es un valor humanista positivo en la vida.

La enfermera encargada de la salud de la mujer centra su cuidado en mujeres embarazadas y a sus familiares durante todas las etapas del embarazo, parto y puerperio, centrándose en las necesidades físicas, psicológicas y sociales de cada una de las usuarias.

La salud de la mujer se debe contemplar desde una perspectiva holística y tener en cuenta que es esencial la confianza de la mujer con la enfermera, necesitan desarrollar sensibilidad de trato y ascendencia moral con la usuaria para poder lograr esa confianza, siendo importante la expresión, presentación limpia y seguridad en si misma, demostrar interés por ayudar.

La clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la identidad de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, de lo que debe hacer o en lo que se tiene que convertir la/el enfermero, ni refiriéndose a un modelo teórico capaz de fórmalo, sino a identificar la naturaleza, la razón de ser, el significado, la

¹ Colliere Françoise (1998) Encontrar el sentido original del cuidado en: Promover la vida. Interamericana Mc Graw-Hill. Pág. 1.

valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a los necesitados de los cuidados.

El cuidar es un acto de vida, su objetivo es permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo, lucha contra la muerte de un individuo o grupo de la especie.²

Cuidar es por lo tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación, el cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

A partir del siglo XIX han intentado definir y conceptualizar la evidencia de los cuidados; siendo Florencia Nightingale la que emitió la primera teoría de enfermería, a partir de aquí nace nuevos modelos, cada modelo aporta una filosofía para entender la enfermería y la forma del cuidado.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión esto nace con la primera teoría, a raíz de esto enfermería centraba su atención en la adquisición de conocimientos que habían sido delegados.

Nightingale escribió un libro que lleva por nombre notas de enfermería, donde sentó las bases de enfermería profesional. Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo, donde se disponía de un gran soporte para orientar la práctica de la enfermería profesional, las teorías como un conjunto de elementos organizados en sistema preestablecidos que se aplican a los cuidados, o bien las teorías como referencias organizadas y estructuradas en función de las diversas relaciones que pueden establecerse entre los elementos que la constituyen y cuya dinámica nos permite buscar la realidad de la vida de las personas.

También con el surgimiento de las teorías de los cuidados de enfermería se inicia la influencia de los conocimientos sobre la práctica de su organización, dando que los cuidados no podían responder simplemente a la caridad, sino a un enfoque de los problemas sociales basados en la reflexión, donde las enfermeras deben adquirir por sí mismas una capacidad de pensar y aplicar sus bases

² Colliere Francoise (1998) Encontrar el sentido original del cuidado en: Promover la vida. Interamericana Mc Graw-Hill. Pág. 7.

científicas para reconocer y utilizar los cuidados en diferentes situaciones, dando lugar a los roles de cada miembro, tanto cuidador como persona cuidada³

El cuidar es una variedad dirigida a mantener, conservar la vida y permitir que esta se continúe y así se procede pero del mismo modo es un acto individual de reciprocidad que se tiende a dar cualquier persona que requiera ayuda para asumir sus necesidades vitales, para lograr que el campo de competencia de las acciones de enfermería está dirigido a mejorar las condiciones que favorece el desarrollo que permita al ser humano estar en equilibrio con su entorno para el mantenimiento de la vida.⁴

Los cuidados para el mantenimiento de la vida son competencia del proceso de enfermería, el cuál esta enfocado en identificar la naturaleza de las necesidades vividas por las usuarias y proceden de un encuentro entre dos personas que contribuyen a una construcción propia de una situación en particular, con la ayuda de los conocimientos científicos permite comprender el significado y continuar intentando el empleo de ellas para cuidar.

³ Colliere Francoise (1998) Encontrar el sentido original del cuidado en: Promover la vida. Interamericana McGraw. pág. 208

⁴ Ibídem. pág. 295

5.1.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso enfermero es la esencia de la profesión y se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería, los pasos de dicho proceso se delinear en diversas formas por muchos especialistas de esta disciplina; pero los conceptos de valoración inicial de la usuaria, planeación, ejecución, evaluación de resultados, son comunes a todas las definiciones.

ANTECEDENTES DEL PROCESO.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jhonson 1959, Orlando 1961 desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.⁵

En 1967 Yura y Walsh fueron las autoras del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los setenta, Blach, Roy añadieron la fase de diagnóstico dando lugar al proceso de cinco fases.⁶

En muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en él nuestro cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y su aplicación durante la práctica sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aún en nuestro país.

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, es sistematizado porque consta de cinco pasos y humanista porque se basa en la idea de que mientras planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, ideas y deseos únicos de la usuaria de los cuidados de salud.

⁵ W. Iyer, Patricia. (2002) Antecedentes del proceso de enfermería en: Proceso y diagnóstico de enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Pág. 9.

⁶ *Ibidem*. Pág. 7.

Es un planteamiento para resolver problemas basados en una reflexión que exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es descubrir las necesidades de la usuaria y familia.

Tiene objetivos y ventajas que nos ayudan para lograr brindar los cuidados con éxito, que cada uno de nuestras usuarias requiere, los objetivos son:

Establecer planes de cuidados individuales e identificando las necesidades tanto reales, potenciales y así poder constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades de cada usuaria para actuar, cubrir, resolver y prevenir o curar la enfermedad. En apoyo para una buena calidad de vida aumentando al máximo sus recursos y capacidad cognoscitivas.

La aplicación del proceso enfermero tiene ventajas para la usuaria y la enfermera que a continuación se describen.

PARA LA USUARIA SON:

Participar en su propio cuidado para seguir la continuidad en la atención y mejorar la calidad de vida para su pronta integración familiar o a la comunidad.

PARA LA ENFERMERA:

Se convierte en experta ya que organiza los cuidados e impidiendo omisiones y repeticiones innecesarias, mejorando la comunicación y participación con la usuaria y como recompensa la enfermera obtiene satisfacción en el trabajo, llevándola a un crecimiento profesional, estimulando el desarrollo de habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso atención de enfermería tiene la finalidad de dirigir y alcanzar los objetivos establecidos de forma sistemática partiendo de un planteamiento organizado logrando nuestras metas o prioridades de forma dinámica ya que esta en un cambio constante obedeciendo a la naturaleza propia del hombre considerando todos los aspectos humanos de las usuarias siendo interactiva con las relaciones interpersonales recíprocos enfermera – usuaria en acorde y logro

de objetivos comunes siendo flexible para la adaptación en el ejercicio de la enfermera en cualquier área.

5.1.2. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso esta compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación estas se relacionan entre sí dichas etapas que conforman el proceso atención de enfermería son:⁷

❖ ETAPA DE VALORACIÓN.

Es una etapa de organización y recolección de datos sobre el estado de salud de la usuaria para identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos con los que se cuenta.

La recaudación de datos de la valoración se lleva acabo a través de los antecedentes clínicos, la evaluación del estado de salud y vigilancia continua, para estar consciente de las necesidades de la usuaria y la eficacia de la atención de enfermería que se proporciona.

La valoración que realiza la enfermera a la usuaria tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, esta etapa cuenta con una valoración inicial donde buscamos datos sobre los problemas de salud detectados en la usuaria y factores contribuyentes en dichos problemas, en las valoraciones posteriores tomaremos en cuenta confirmar los problemas de salud, análisis y comprobación del progreso o retraso de la usuaria.

También se utiliza tres pasos que se deben realizar en la etapa de valoración que es recolección de información para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas, es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información para seguir una metodología específica durante esta etapa donde el personal de enfermería recoge cuatro tipos de datos.

Datos objetivos: son datos que podemos observar y medir siendo concretos y contestables. Datos subjetivos comprenden la percepción de la usuaria, antecedentes son todos los datos anteriores al problema actual, por último los datos actuales que se refieren a los problemas de salud actual.

⁷ Rodríguez Bertha (2002) Etapas del proceso enfermero en: Proceso enfermero. Ediciones Cuellar. Pág. 32.

Utilizamos diversas fuentes para obtener la información que son primarias o directas que se obtienen de la usuaria y secundarias o indirectas donde los datos son obtenidos mediante la familia o personas vinculadas la usuaria (expediente clínico, artículos, bibliografía).

Toda esta información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico, la entrevista es una labor compleja que requiere de habilidad en la comunicación y la interrelación estrecha con la usuaria, teniendo como finalidad la obtención de información necesaria para el diagnóstico y planeación, la entrevista tiene una introducción que es saludar la usuaria presentares y explicar la razón de la entrevista, el éxito de la entrevista depende de muchos factores.

Existen dos tipos de entrevista la formal e informal, la formal donde la comunicación es un propósito específico realizando la historia de la usuaria, la informal es la conversación de enfermería y usuaria durante el curso de los cuidados.

El examen físico nos permite obtener una serie de datos del estado de salud de la usuaria, para determinar la respuesta de la usuaria al proceso de enfermedad, obteniendo datos y poder establecer comparaciones, confirmando datos subjetivos como objetivos obtenidos en la entrevista.

El examen físico debe ser completo, sistemático y preciso. Para efectuar el examen físico requerimos de cuatro técnicas que son:

- ◆ **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global de la usuaria centrandonos en características físicas y comportamiento específico, utilizamos los sentidos de vista, olfato, oído.
- ◆ **Palpación:** consiste en la utilización del tacto, para determinar la textura y características de las estructurase corporales por debajo de la piel.
- ◆ **Percusión:** donde la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones, los tipos de sonidos que podemos identificar son: sordos aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mate aparecen sobre hígado o bazo, hipersonoros aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos se encuentran al percutir él estomago lleno de aire. Y se emplea para estimar el tamaño y forma de órganos.

- ♦ **Auscultación:** es escuchar sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de los órganos.⁸

Otros aspectos importantes es la medición de las constantes vitales, en la validación de la información se reúnen toda la información que se obtuvo de la usuaria teniendo que ser válida para estar seguros que los datos son correctos y evitar errores, omisiones.

Por último el registro de la información consistiendo en informar y registrar los datos obtenidos durante la entrevista y examen físico.

❖ ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

Los diagnósticos nos ayudan a fundamentar los problemas detectados en las necesidades de nuestras usuarias.

En esta profesión a diferencia de la medicina, no cuenta todavía con una clasificación normalizada de diagnósticos que tenga el mismo significado para todas las enfermeras, el objetivo de establecer un formato del diagnóstico de enfermería consiste en identificar las funciones de las que se hace legalmente responsable, los diagnósticos de enfermería fomentan la autonomía y los compromisos como enfermera permitiendo delinear el alcance de nuestra práctica.

El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud de la usuaria, familia o comunidad e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, que resultan esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficientes.

El diagnóstico cuenta con etapas como son el razonamiento diagnóstico, formulación del diagnóstico enfermero, y problemas interdependientes, validación, registro de los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes.⁹

También se cuenta con una clasificación entre los cuales encontramos los siguientes.

⁸ Rodríguez Bertha (2002) Etapa de valoración en: Proceso enfermero, Ediciones Cuellar. Pág. 44.

⁹ Ibídem Pág. 51

- ◆ **Diagnóstico real:** describe la respuesta actual de la usuaria y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos). Y tener en cuenta los componentes que son el enunciado, definición característica que los define y factores relacionados y consta de tres partes, formato PES: problema (P) más etiología, factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- ◆ **Diagnóstico de alto riesgo:** es un juicio clínico donde la usuaria es más vulnerable a desarrollar problemas que otros en situación igual o similar consta de dos componentes, formato PE: problema (P) más etiología, factores contribuyentes (E).

- ◆ **Diagnóstico posible:** son problemas sospechados para el que se necesita datos adicionales, donde se debe confirmar o excluir, consta de dos componentes formato PE: problema (P) más etiología o factores contribuyentes (E).

- ◆ **Diagnóstico de bienestar:** juicio clínico respecto a la usuaria, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Podemos añadir un quinto tipo que es:

- ◆ **Diagnóstico de síndrome:** comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada, son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes.¹⁰

Debemos tener en cuenta los problemas interdependientes los cuales se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real y si existen factores de riesgo pero si no hay manifestaciones clínicas entonces se refiere a respuesta fisiopatológica y se redacta con terminología médica.

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association N.A.N.D.A. Previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

¹⁰ Dueñas Fuentes José (2000) Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/duefiaa/pae.htm>. Pág. 55

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato entres partes: problema más factores relacionados y datos objetivos y subjetivos, el problema se une a los factores relacionados con la palabra relacionado con, estos se unen con las características definitorias mediante la palabra manifestado por.

Para estructurar un diagnóstico de riesgo se emplea únicamente dos partes, problema más factores de riesgo, ya que no existe datos objetivos y subjetivos, en cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana a la cual se le anteponen las palabras potencial de aumento de, o potencial.

Se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros el empleo de terminología médica, redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente, identificar dos problemas al mismo tiempo, cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero, registrar dos enunciados en el diagnóstico que tenga igual significado, emplear diagnósticos médicos.

Existe también la etiqueta diagnóstica de la NANDA según las necesidades humanas básicas que utilizamos para la redacción de nuestro diagnóstico de enfermería en el caso clínico que desarrollamos.

❖ ETAPA DE PLANEACIÓN.

Como ya se menciona es la tercera etapa del proceso enfermero y consiste en elaborar estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la usuaria sana o enferma para evitar, reducir o corregir las respuestas de la usuaria dirigido al logro de objetivos.¹¹

En esta etapa se desarrolla un plan de cuidados basándose en los diagnósticos detectados en la usuaria, tomando en cuenta los problemas interdependiente y así establecer prioridades en los cuidados que se van aplicar, en la planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas; establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos, planteamiento de acciones de enfermería, documentar y registrar el plan de cuidados.

- ♦ **Establecer prioridades:** Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados además la determinación de prioridades tiene como objetivo ordenar el suministro de los cuidados de enfermería de manera que los

¹¹ Rodríguez Bertha (2002) Etapa de planeación en: Proceso enfermero, Ediciones Cuellar, pág. 73.

problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

- ◆ **Elaboración de objetivos:** una vez priorizado los problemas debemos definir los objetivos que nos proponemos con el problema detectado, siendo el resultado que se espera de la atención de enfermería lo que se desea lograr con la usuaria y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Los resultados esperados o metas deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles e incluir indicadores de desempeño; además deben estar limitadas en el tiempo a corto, medio y largo plazo.

- ◆ **Planteamiento de acciones de enfermería:** las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar la usuaria a conseguir los objetivos y están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero.

Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado de la usuaria, las acciones propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar; qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Otro punto importante es tener presente los recursos materiales, estructura física del servicio hasta su equipo y recursos humanos.

Es importante que las acciones de enfermería reúnan ciertas características que tienen ser coherentes con el plan de atención, estar basados en principios científicos, ser individualizados para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, intervalo, continuidad y duración, promoción a la salud.

Las funciones de enfermería tienen tres grandes generalidades a mencionar que son independientes, dependientes, interdependientes: 1) independientes (las que el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de enfermería; Se derivan de la visión global de su sujeto

de atención; 2) dependientes (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las ordenes médicas); 3) interdependientes (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros de equipo de salud.

Las actividades se planean de acuerdo con los problemas que ponen en riesgo o peligro la vida de la usuaria.

El plan de cuidados es un instrumento para ordenar y proveer continuidad de los cuidados debe ser escrito, accesible, práctico de acorde con la filosofía de la enfermera donde refleja la condición real del usuario y estar basado en principios científicos vinculados con el tratamiento médico.

- ♦ **Documentación y registro del plan de cuidados:** es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y acciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación, de acuerdo con los registros los planes de cuidados pueden ser individualizados, estandarizados, computarizados. Terminando esta etapa seguimos con la cuarta que es:

❖ ETAPA DE EJECUCIÓN.

En esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, la ejecución implica las siguientes actividades de enfermería, anotar los cuidados, dar los informes verbales de enfermería, mantener el plan de cuidados actualizados.

Como enfermera tenemos toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye la usuaria y familia, así como otros miembros de salud, en esta fase se realizamos todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la solución de problemas y las necesidades asistenciales de cada usuaria tratada.¹²

La fundamentación científica es la exposición de un razonamiento que nos indique el porque del problema o necesidad que está presentando la usuaria o que pueda presentar. Esto es útil para actuar con bases y firmemente en las intervenciones.

¹² Dueñas Fuentes José (2000) Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm>. pág.66.

❖ ETAPA DE EVALUACIÓN.

Lo definimos como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la usuaria y los resultados esperados, cuando evaluamos emitimos un juicio sobre las acciones que realizamos y lo comparamos con uno o varios criterios,¹³ esta fase consta de dos diferentes etapas que debemos tener en cuenta que son la recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar, comparación con los resultados y un juicio sobre la evaluación de la usuaria hacia la consecución de los resultados esperados.

La revisión del plan de cuidados debe incluir la comprobación de que están al día los siguientes datos: diagnóstico de enfermería, ordenes de enfermería, objetivos/evoluciones esperadas, evaluación.

Todas estas cinco etapas que ya mencionamos nos sirve como modelo para realizar nuestras acciones con éxito siempre y cuando tengamos conocimientos para realizarlos, aun es un poco difícil realizarlo por falta de práctica y de iniciativa.

¹³ Dueñas Fuentes José (2000) Proceso de Atención de Enfermería consultado en [Http://www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm). Pág.67.

5.1.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia nació en 1897, en Kansas (Missosuri), ingreso en 1918 a la escuela de enfermería del ejército en Washington y se graduó en 1921, ocupó cargos de docente, supervisora pedagógica e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería, reinscribió la quinta y la sexta edición sobre concepto sobre la función de la enfermera, dicho texto ha formado parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería. Se ha traducido en más de 25 idiomas.¹⁴

Virginia se ha hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales y fue elegida miembro de honor de American Academy of Nursing, en 1988 recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.¹⁵

Henderson fue influenciada por varias teorías como Annie W. Goodrich, Caroline, Ida, Orlande etc. Donde menciona la importancia de la higiene y la asepsia y el objetivo del esfuerzo de rehabilitación era recuperar la independencia del usuario.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el contestar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

Desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas se preguntaban qué es lo que debería hacer la enfermera que no pudieran hacer otras profesionales de salud en los libros básicos para enfermería no definían en forma clara las funciones de nuestra profesión.

Incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería, a partir de esta idea Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra

¹⁴ Dueñas fuentes José (2000) Proceso de Atención de Enfermería consultado en: <http://www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm>. Pág. 68

¹⁵ *Ibidem*. Pág. 68

interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.¹⁶

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

ENFERMERÍA: Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, a realizar las actividades que contribuyan a recuperar su salud o a una muerte tranquila, actúan como miembro de un equipo médico, pero al margen del médico solo apoya su plan, tiene nociones tanto de biología como sociología y puede valorar las necesidades humanas básicas.

SALUD: interpretaba la salud como la capacidad del usuario de realizar sin ayuda las catorce componentes del cuidado de enfermería.

Es la calidad de vida que es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia. Favorece la salud es más importante que cuidar al enfermo. Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

PERSONA: individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y familia son vista como una unidad, tanto el individuo sano o enfermo anhelan el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia.

ENTORNO: el conjunto de todas condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Las usuarias que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad. Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a las usuarias de lesiones mecánicas y reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento así como conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.¹⁷

¹⁶ Marriner Tomey (1998) Modelo de Virginia Henderson en: Modelos y Teorías de Enfermería. Harcourt Brace. Pág. 99.

¹⁷ *Ibidem*. Pág. 100.

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de las usuarias, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

PRINCIPALES PARÁMETROS DE ESTE MODELO.

En algunos casos la usuaria tiene necesidad de ayudar para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz. No olvidando que la usuaria es u ser bio-psiico-social y espiritual que experimenta necesidades para la satisfacción esencial de la supervivencia con la ayuda de fuerza, voluntad y conocimientos para su pronta recuperación.

Los cuidados enfermeros se prodigan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados situándose dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados con la utilización de un plan de cuidados escritos.

ROL DE ENFERMERÍA: ayudar la usuaria sana o enferma al mantenimiento y recuperación de la salud, mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza, voluntad.

Independencia: la característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad sin depender de otro.

AUTONOMÍA: posibilidad de decidir por si mismo, autodeterminación es la capacidad de decidirse a actuar o tomar una decisión.

El modelo de Virginia Henderson nos propone ayudar a la usuaria a satisfacer sus necesidades, intentar motivarla para que llegue a ser independiente en la medida de lo posible.¹⁸

¹⁸ Phaneut, Margot (1999). Modelo de Virginia Henderson en: Planificación de los cuidados enfermeros. McGraw-Hill. Pág. 11-14.

FINALIDAD DE LOS CUIDADOS: consiste en ayudar a la usuaria a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar y a recuperar su independencia frente a sus necesidades.

Además de velar por su satisfacción de las necesidades, hay que prever las diversas formas de dependencia y prestar una especial atención a las secuelas que pueda llevar consigo.

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS: Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano considerado como ser psicosocial y espiritual que se caracteriza por sus catorce necesidades fundamentales.

POSTULADOS DEL MODELO DE HENDERSON

- ◆ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ◆ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ◆ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero independiente.

Valores que fundamentan el modelo:

- ◆ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ◆ Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ◆ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Henderson menciona que la relación enfermera-usuaria va desde una relación muy dependiente a la práctica independiente y que siempre trabajan por un objetivo que es mantener la vida y favorecer la salud.

También existe la relación enfermera – médico donde la enfermera tiene función especial y diferente al médico, el plan asistencial por la enfermera debe aplicarse de forma que se promueve el plan prescrito por él médico.

El modelo de Henderson defiende el papel autónomo de la enfermera donde señala que la enfermera ejerce funciones que le son propias, y señala las 14 necesidades básicas para todo usuario que son:

- ◆ Necesidad de oxigenación.
- ◆ Necesidad de nutrición e hidratación.
- ◆ Necesidad de eliminación.
- ◆ Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- ◆ Necesidad de descanso y sueño.
- ◆ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- ◆ Necesidad de termorregulación.
- ◆ Necesidad de higiene y protección de la piel.
- ◆ Necesidad de evitar los peligros.
- ◆ Necesidad de comunicarse.
- ◆ Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- ◆ Necesidad de trabajar y realizarse.
- ◆ Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
- ◆ Necesidad de aprendizaje.

El modelo de Henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso.¹⁹

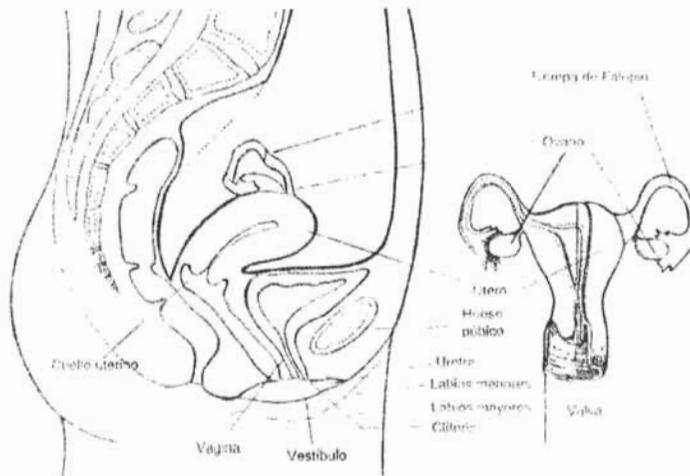
¹⁹ Dueñas fuentes José (2000) Proceso de Atención de Enfermería consultada en: <http://www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm>. Pág. 100

5.2 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

La enfermera que tiene a su cuidado a las mujeres requiere un mayor conocimiento de la anatomía y fisiología de la mujer.

Es por eso que en este apartado hablaremos de anatomía para poder entender o analizar nuestro proceso ya que es un punto primordial.

El sistema reproductor femenino consta de órganos internos, localizados en la cavidad pélvica y soportados por el suelo pélvico son la vagina, útero, trompas y ovarios. Y genitales externos situados en el perineo, están constituidos por el monte de Venus, vulva, perineo.²⁰ (Fig. 1)



(Fig.1) Órgano reproductor femenino interno y externo

²⁰ Lowdermilk Perry Bodak (2000) Anatomía y fisiología del sistema reproductor femenino en: Enfermería materno infantil. Harcourt/Océano. Pág. 48

GENITALES EXTERNOS.

MONTE DE VENUS: es una prominencia celuloadiposa situada por delante de la sínfisis del pubis, de forma triangular y está cubierta de vello que llega hasta los labios mayores por abajo y por arriba está limitado por una línea horizontal.

VULVA: es una hendidura sagital mediana que se divide en dos regiones: una labial y una vestibular.

La región labial está constituida por los labios mayores y menores, clítoris y capuchón del clítoris, la región vestibular está constituida por dos rodetes cutáneos ricos en grasa se encuentran entreabiertos en las multiparas.

PERINEO: es un diagrama músculo-aponeurótico, de forma romboidal, situado en el extremo inferior del tronco entre los glúteos y los muslos. Clínicamente esta región es importante en el trabajo de parto por que cuando la vagina es pequeña o la cabeza fetal es muy grande o bien el período expulsivo es muy rápido pueden ocurrir desgarros de la piel, de la mucosa vaginal, del tejido adiposo subcutáneo, del músculo transverso superficial del perineo y a veces hasta tejidos rectoanales.²¹

Para evitar estas lesiones es esencial una buena atención del parto proteger el perineo y practicar una operación menor denominada episiotomía seguida de episiorrafia.

GENITALES INTERNOS.

VAGINA: es el órgano de la copulación para el parto y la menstruación, se extiende desde el himen hasta los fondos de saco y es un conducto músculo membranoso, orientado de bajo hacia arriba y de adelante hacia atrás, las capas musculares que posee, le confiere una contractilidad activa y éstas son: una interna circular y otra externa longitudinal. La extremidad superior es ensanchada y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino.

ÚTERO: es un órgano muscular hueco con forma de pera achatada entre la vejiga y el recto, que se divide de arriba hacia abajo, en cuerpo, istmo y cuello, las

²¹ Ramírez Alonso Félix (2002) Anatomía del aparato genital femenino en: obstetricia para la enfermera profesional. Manual moderno. Pág. 4

medidas del útero son diferentes, según la paridad de la mujer, en las usuarias nulíparas las dimensiones uterinas son: longitud 6 a 7 cm, anchura 4 cm, grosor 2.5 a 3 cm. Y peso de 40 a 50 g. En cambio en la mujer multipara estas medidas aumentan 1 a 2 cm y el peso llega a ser alrededor de 70 g.

El cuerpo es el segmento muscular activo y consta de fondo, cuernos y ligamentos uterinos.

El istmo es la parte intermedia del útero que sirve al cérvix con el cuerpo uterino tiene 1 cm de longitud y tiene las características de que durante el trabajo de parto, por el efecto de las contracciones uterinas se constituyen en el segmento uterino, que es el sitio en donde se practican la mayor parte de las cesáreas actuales.

El cérvix o cuello uterino es la porción más inferior del útero mide alrededor de 2.5 cm de largo y tiene una forma cilíndrico-cónica, esta constituido por un orificio externo, inferior y en contacto con la vagina, por un canal cervical y por un orificio interno.

Desde el punto de vista de la pared el útero consta de tres capas: de afuera hacia dentro tenemos el peritoneo visceral uterino que recubre al útero por la cara anterior y posterior del cuerpo al cual esta íntimamente adherido y luego tenemos el miometrio o músculo uterino y la capa más interna es la mucosa endometrial o endometrio.

Los medios de fijación más importante son: los músculos elevadores del ano, las fascias que rodean a la vagina y al cérvix y las aponeurosis que cubren a los músculos pelvianos, los otros medios de fijación son elementos ligamentosos en cuya estructura intervienen tejido conjuntivo laxo, músculo liso y la serosa peritoneal que los reviste estos ligamentos son los siguientes: ligamentos redondos que son dos y su función es atraer el fondo del útero hacia delante.

Ligamentos uterosacos nacen en los bordes del cuello uterino y son considerados también la fascia subserosa y con los ligamentos cardinales constituyen los elementos de fijación más importante del útero, ya que sin ellos el útero tiende a desplazarse hacia abajo a través de la vagina y esta situación se denomina prolapso uterino.

Ligamentos anchos no desempeñan alguna función importante de fijación porque la serosa peritoneal que los constituye es muy elástica.

Trompas de Falopio también llamada oviductos son dos una de cada lado se insertan en el fondo del útero y constituye la conexión entre la cavidad peritoneal por un lado y la cavidad uterina por el otro, su importancia primordial radica en el hecho de que a nivel del tercio medio de las trompas se lleva a cabo la fecundación, las trompas se dividen en cuatro porciones a saber.

Porción intramural, situada en el espesor de la pared muscular del útero, la ístmica mide 2 a 4 cm. ampular que se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón de la trompa, que termina en unas lengüetas de nominadas franjas tubaricas.²²

En el transporte del óvulo hacia la cavidad uterina es importante señalar la vibración de los cilios del epitelio de la trompa y los movimientos peristálticos de la misma originado por la musculatura longitudinal y anular de la trompa.

OVARIOS: Es una glándula de secreción interna que desempeña varias funciones muy importantes en la vida genital de la mujer, tiene una función generativa que consiste en la maduración y desarrollo del folículo con producción de las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, que actuarán estimulando el endometrio, primero en la fase proliferativa y posteriormente en la fase progestacional del ciclo endometrial, posee una función vegetativa que significa que todo el aparato genital recibe un estímulo trófico para su funcionamiento y desarrollo; por último tiene una función somática que comprende la acción del ovario, mediante la producción de los estrógenos y la progesterona sobre el resto del organismo, al que imprime los caracteres sexuales secundarios, en las glándulas mamarias los estrógenos producen un crecimiento por incremento en el tejido adiposo y tejido conjuntivo, con proliferación de los conductos glandulares e hiperpigmentación de la areola.

Los ovarios o gónadas de la mujer se asemejan en forma y tamaño a las almendras, son dos y están situadas en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero, al cual están unidos por el ligamento uteroovárico. Los ovarios son de forma elíptica y achatada de color blanco grisáceo de consistencia firme y están situados por detrás del ligamento ancho. Al corte el ovario tiene una zona medular central y una zona cortical externa:

La zona medular posee tejido conjuntivo laxo y algunas fibras musculares, pero no contienen folículos.

²² Ramírez Alonso Félix (2002) Anatomía del aparato genital femenino en: obstetricia para la enfermera profesional, Manual Moderno. Pág. 11

La zona cortical o corteza del ovario está constituida por un epitelio superficial de células cilíndricas estratificadas, por la túnica albugínea que está situada por debajo de la capa anterior.

IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEL APARATO GENITAL

El útero está irrigado por las arterias uterinas, una de cada lado que son ramas de la arteria hipogástrica o ilíaca interna.

La arteria uterina para llegar al útero, sigue la base del ligamento ancho, cruza el uretero y al llegar al borde del útero, a la altura del istmo, se divide en dos ramas: una rama ascendente (uterina) y una rama descendente que es la arteria cervicovaginal y que se dirige hacia abajo.

Las arterias del ovario proceden de la aorta, por debajo del origen de las arterias renales y ambas arterias ováricas pasan por el ligamento infundibulopélvico para llegar a irrigar a los ovarios y después de ello, se continúan por la parte inferior de la trompa, entre las láminas del ligamento ancho.

Los genitales externos y la parte inferior de la vagina están irrigados por ramas de la arteria pudenda interna y de la arteria hemorroidal media.

VASOS LINFÁTICOS

Los linfáticos de los órganos genitales externos se dirigen hacia los ganglios linfáticos inguinales. Los vasos linfáticos de la parte inferior del útero van a desembocar en los ganglios hipogástricos y los de la porción superior del útero, del ovario y de la trompa, se dirigen hacia los ganglios lumbares.

5.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO.

El embarazo es un proceso fisiológico que comprenden desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos, que requiere de atención y vigilancia, para evitar riesgos y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre o del recién nacido.

El embarazo es una etapa de especial importancia para la vida de una mujer, es la culminación de para lo que prácticamente fue diseñado su organismo, independientemente de su nivel socioeconómico, religioso, cultural, raza, preferencias y educación. Cuando una mujer sexualmente activa logra embarazarse su cuerpo experimenta cambios fisiológicos que son regidos por las hormonas femeninas.

Desde la concepción que es la unión del huevo con un espermatozoide se marca el comienzo de la gestación, esta unión tiene lugar en la ampolla (tercio externo) de la trompa de Falopio, esta célula recibe el nombre de huevo e inicia su traslado a través de la trompa hacia el útero en un periodo de ocho a diez días y cae en la cavidad uterina que tiene un endometrio optimo, rico en materiales nutritivos este fenómeno es conocido como nidación a partir de este momento el cuerpo de la mujer embarazada sufre cambios importantes que continuación se describen.

ÚTERO: hay un extraordinario crecimiento uterino en el primer trimestre que está mediado por los altos niveles de estrógenos y progesterona y a medida que el embarazo continúa el útero se agranda. (Fig. 2)

(Fig. 2) Alturas de fondo del útero en varios meses de la gestación

También cambia su peso, forma y posición, el embarazo puede notarse después de las catorce semanas teniendo en cuenta factores como son: peso y talla de la madre.

Existe un aumento en el flujo sanguíneo y linfático produce congestión pélvica y edema esto sucede durante las primeras semanas de gestación. Como resultado el útero, cérvix y el istmo se ablandan de forma perceptible y progresiva y el cérvix toma color azulado (signo Chadwich) también se puede notar los siguientes signos de Hegar, MC Donald, Braun Van Fernwald, Piskacek, estos son signos probables del embarazo.

Durante el cuarto mes de gestación puede sentirse contracciones denominadas Braxton Hicks. El flujo sanguíneo aumenta con rapidez a medida que el útero aumenta su tamaño, el feto en crecimiento crece más rápido, el movimiento pasivo del feto no encajado se denomina bamboleo o peloteo se identifica por primera vez en la semana 16 a 18.

VAGINA, VULVA: las hormonas del embarazo preparan la vagina para la distensión durante el parto haciendo que la mucosa vaginal se engrosé, tejido conectivo se haga laxo, la musculatura lisa se hipertrofie y la cúpula vaginal se alargue, hay aumento de secreción denominada leucorrea es una descarga mucosoide blanca o de un color gris con un olor leve es el resultado de la elevación de estrógenos y progesterona del útero este moco llena el canal endocervical haciendo que se forme el tapón mucoso u opérculo que actúa como barrera contra invasión bacteriana durante el embarazo.

MAMAS: en la sexta semana de embarazo comienza la sensación de plenitud, aumento de sensibilidad, prurito, pesadez de mamas, los pezones y areola se pigmentan, se desarrollan las areolas secundarias de color rosado, el pezón se vuelve más eréctil y se pueden observar los tubérculos de Montgomery. (Fig. 3)



(Fig.3) Se observan los tubérculos de Montgomery

Durante la segunda y tercer trimestre, el crecimiento de las glándulas mamarias hay un aumento progresivo del tamaño, hay material secretorio delgado, claro y viscoso hacia el tercer mes del embarazo este precalostro sé engrosa.

SISTEMA CORPORALES GENERALES.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: el volumen cardiaco se incrementa en un 10% y en un 50% el volumen plásmatico, disminuyendo la albúmina plasmática, e incrementándose la frecuencia cardiaca, el útero comprime las venas pélvicas y la vena cava inferior dando como resultado el edema por declive, la presión sistólica y diastólica disminuyen durante la primera mitad del embarazo (5 a 10 mmHg).²³

SISTEMA RESPIRATORIO: los requerimientos maternos de oxígeno aumentan como respuesta a la aceleración de la tasa metabólica, el feto también requiere de oxígeno y una vía para eliminar el dióxido de carbono, a medida que la gestación avanza, la respiración torácica reemplaza la abdominal en esta etapa las mujeres se quejan de desaliento, puede que necesitan dormir sobre varias almohadas para sentirse cómodas.

SISTEMA RENAL: al crecer el útero comprime la vejiga contra la pelvis y comprime los uréteros, existe reflujo vesicoureteral, la base de la vejiga se ve desplazada hacia delante y hacia arriba a causa se la parte de presentación encajada.

SISTEMA TEGUMENTARIO: incluyen aumento del espesor de la piel y de grasa subdérmica, hiperpigmentación, aumento del crecimiento del pelo y uñas, aceleración de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas y aumento de la circulación y actividad vasomotora, aumentan las respuestas alérgicas.

El melasma facial es causada por la hiperpigmentación como resultado de la estimulación de la hormona melanotrópica aparece entre la semana dieciséis, la línea negra es pigmentada y se extiende desde la sínfisis pubica hasta el extremo del fondo uterino se conoce como línea alba, existen también las estrías del embarazo que son observadas en la región inferior del abdomen aparecen en el 90% de las mujeres embarazadas durante la segunda mitad de la gestación. (Fig. 4)

²³ Raffensperger Baily Ellen (2002) Adaptaciones del embarazo en: Manual de la enfermería. Harcourt/Océano. Pág. 590.



(Fig.4) Estrías del embarazo en región abdominal.

SISTEMA MÚSCULOESQUELETICO: son cambios graduales con aumento de peso procede notarias alteraciones en la postura y de marcha, las articulaciones se relajan por acción a la relaxina.

SISTEMA NEUROLÓGICO: hay estasis vascular, lordosis dorsolumbar, edema, acroestesia, cefalea tensional, mareo, desfallecimiento e incluso síncope, hipocalcemia.

SISTEMA GASTROINTESTINAL: durante el embarazo el apetito aumenta aunque algunas mujeres experimentan náuseas matutinas en respuesta a los niveles elevados ácido clorhídrico, existen cambios en el sentido del gusto que conducen a los antojos y los cambios en los hábitos alimentarios, experimentan ptialismo.

Normalmente el embarazo dura 40 semanas, o lo que es igual a 280 días, expresado esta cifra en meses puede decirse que el embarazo dura 10 meses lunares de 28 días o 9 meses solares de 30 días y 10 días.

Transcurrido todo este lapso de tiempo el organismo de la madre se prepara para el parto, el cuello uterino normalmente duro, por el que debe pasar el niño modifica su consistencia. Cada nacimiento es una maravilla, ya que se ha creado un nuevo ser, es una nueva vida que viene al mundo, utilizando la primera bocanada de aire para anunciar su llegada con el llanto hermoso y saludable.

5.4. CESÁREA.

Otros nombres.

Nacimiento abdominal.

Concepto.

Es la intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal materna y el útero.

Tipos de cesárea.

Básicamente y según el sitio de incisión sobre el útero, puede considerarse dos tipos de cesárea.

La cesárea de tipo corporal, realizada sobre el cuerpo del útero y que tiene un sentido longitudinal y la cesárea segmentaria que tiene dos variedades: la cesárea longitudinal y la cesárea segmentaria transversal tipo Keer.

Cesárea del segmento inferior.

En este caso se efectúa una incisión cutánea horizontal llamada incisión de Pfannenstiel o herida en bikini en sentido transversal a nivel del monte de Venus.

Ventajas.

- ◆ La incisión cutánea baja queda oculta por el vello púbico.
- ◆ La pérdida de sangre es mínima.
- ◆ Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz uterina durante los embarazos subsecuentes.

- ◆ Hay menos distensión abdominal en el postoperatorio.
- ◆ Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de cicatriz del útero por que el tejido que está en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano.

Desventajas.

- ◆ El procedimiento requiere mayor tiempo.
- ◆ No es útil en casos de urgencias, porque las características anatómicas de la región limitan la ampliación de la herida quirúrgica y el espacio en el que se puede trabajar es relativamente limitado.

Cesárea clásica.

La cesárea clásica se efectúa mediante una incisión vertical en la línea media sobre la piel abdominal y la pared del cuerpo uterino. Este tipo de cesárea suele emplearse en casos de urgencias, porque resulta más rápido el acceso al feto.

Ventajas.

- ◆ Más fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversa.
- ◆ Mejor acceso cuando existen adherencias abdominales por cirugías previas.
- ◆ Nacimiento rápido cuando está en peligro la salud de la madre.
- ◆ Puede usarse cuando el parto vaginal plantea riesgos fetales o maternos.

Desventajas.

- ◆ Se pierde más sangre, por el corte de vasos miométriales de gran calibre.
- ◆ La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media.
- ◆ Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuentes.

- ◆ Es una operación abdominal mayor.
- ◆ Es más alta la tasa de morbilidad materna que en el caso de parto vaginal.
- ◆ Ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragias y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales.
- ◆ El riesgo de infección es mayor.

Indicaciones.

Algunas de las razones de indicación de la cesárea son:

Indicaciones fetales.

- ◆ Sufrimiento fetal agudo por aporte disminuido de oxígeno al feto.
- ◆ Taquicardia o bradicardia fetales.

Indicaciones maternas.

Relativas al útero.

- ◆ Útero demasiado pequeño, cicatrizado o deforme.
- ◆ Gestación múltiple.

Relativas al cérvix.

- ◆ cérvix demasiado relajado (incompetencia cervical).
- ◆ Presencia de infección activa por herpes genital en la madre.

Relativo a la placenta y cordón umbilical.

- ◆ Placenta que ocluye el cérvix (placenta previa) o de inserción baja.
- ◆ Desprendimiento prematuro de placenta (placenta abruptio).
- ◆ Prolapso de cordón (salida del cordón por el canal vaginal).

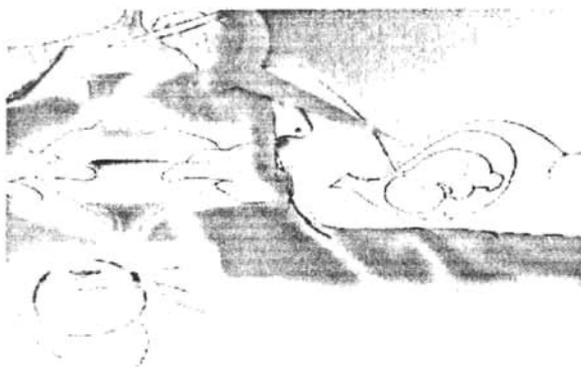
Peligro para la madre.

- ◆ Trabajo de parto muy prolongado.
- ◆ Posición anormal del bebé.
 - De nalgas y primípara.
 - Presentación transversa.
 - Presentación de cara.
- ◆ madre de edad avanzada más de 40 años.
- ◆ Presencia de una enfermedad importante asociada (toxemia, preeclampsia, eclampsia, hipertensión).
- ◆ La cabeza del feto es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre (desproporción cefalopélvica)

Técnica quirúrgica.

Los principios básicos actuales de la cesárea segmentaria tipo Kerr, que es la más frecuentemente practicada en la actualidad, se basan en la histerotomía segmentaria transversal abordando la cavidad peritoneal, ya sea a través de una incisión transversa en la parte baja del abdomen (de Pfannenstiel) o por medio de una laparotomía media infraumbilical. (Fig. 5)

Ahora se describirán cuáles son los principales pasos de una cesárea.



(Fig.5) Intervención cesárea.

- ◆ Laparotomía media infraumbilical o laparotomía tipo Pfannenstiel, abarcando piel y tejido celular
- ◆ Incisión y apertura de aponeurosis.
- ◆ Separación de músculos rectos abdominales.
- ◆ Corte y apertura de peritoneo parietal, exponiendo la cavidad peritoneal.
- ◆ Aislamiento de útero con compresa única y separador de Gosset.
- ◆ Incisión transversal en el peritoneo visceral segmentario con despegamiento posterior del mismo.
- ◆ Rechazo de vejiga.
- ◆ Incisión transversal en el peritoneo visceral segmentario. En forma semilunar y de concavidad superior hasta obtener la amplitud necesaria, respetando los paquetes vasculares laterales.
- ◆ Amniotomía.
- ◆ Extracción del feto, aspiración de la boca y de la nasofaringe.
- ◆ Pinzamiento y sección del cordón umbilical.

- ◆ Pinzamiento de los ángulos y de los bordes de la incisión uterina, con pinzas de Allis o pinzas de anillos.
- ◆ Extracción manual de placenta y membranas.
- ◆ Revisión y limpieza de la cavidad uterina. Permeabilizar el cérvix cuando sea necesario.
- ◆ Sutura del músculo uterino en dos planos, con catgut atraumático o Vicryl no. 1. La primera sutura en surgete es hemostática y el segundo surgete será invaginante. Atención a la sutura cuidadosa de los ángulos.
- ◆ Surgete continuo en peritoneo visceral segmentario.
- ◆ Revisión y limpieza de la cavidad peritoneal. Extracción de la compresa única.
- ◆ Cierre de la pared abdominal por planos.
- ◆ Cierre de la piel con seda mediante puntos separados o con sutura intradérmica con Dermalon.²⁴

Cuidados de enfermería.

Cuidados preoperatorios.

Los cuidados centrados en la familia constituyen una meta para la mujer que se va a someter a una cesárea y para su familia.

- ◆ Instrucción preoperatoria a la pareja.
 - ◆ Provisión de asistencia emocional orientada a la familia.
 - ◆ Preparación preoperatoria de la usuaria.
1. Rasurar la región abdominal empezando justo por debajo de las mamas incluyendo la región púbica.

²⁴Ramírez Alonso Félix (2002) Cesárea en: obstetricia para la enfermera profesional. Manual Moderno. Pág. 41.

2. Colocar una sonda vesical permanente para el drenaje por gravedad, con objeto de prevenir la distensión vesical durante el parto.
3. Solicitar exámenes preoperatorios de laboratorio, entre ellos: Citología hemática completa, electrolitos, pruebas de coagulación, tipo de sangre y pruebas cruzadas (se requieren cuando se ordenan unidades para la restitución de sangre).
4. Instaurar catéter intravenoso o valorar la permeabilidad del ya existente, a fin de asegurar una vía abierta para la administración de medicamentos, líquidos y sangre. La aguja debe ser de suficiente calibre para la administración de sangre (calibre 18 o mayor).
5. Quizá se ordenen antibióticos en caso de rotura prematura de membranas y posible infección.
6. La usuaria debe permanecer en ayuno.
7. Ayudar al padre o a la persona que proporciona apoyo a la parturienta en los preparativos necesarios para que pueda desempeñar bien su papel. Brindar una adecuada información sobre los preparativos y el estado de la usuaria.
8. Asegurarse de que la identificación de la usuaria sea correcta. Preparar la identificación del neonato antes de la operación, fijándola a la parte frontal del expediente de la usuaria.
9. Es opcional extraer las dentaduras postizas, limpiar el esmalte de uñas y quitar las joyas de acuerdo con las políticas del hospital.
10. Si conviene, administrar un antiácido 15 minutos antes de la inducción de la anestesia (en caso de aspiración durante este procedimiento, el antiácido neutralizará el contenido gástrico, lo que ayudará a prevenir la neumonitis por aspiración).
11. Ayudar al anestesiólogo a administrar la anestesia.
 - ◆ Limpiar con solución antiséptica todo el campo quirúrgico.
 - ◆ Notificar a los miembros del equipo que el parto es inminente: pediatra, personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos y personal de anestesiología. Avisar al banco de sangre cuando se requiera transfusión

Cuidados postoperatorios.

- ◆ Verificar los signos vitales cada cinco minutos, hasta que se estabilicen, y a continuación cada quince minutos durante una hora, seguidamente cada hora o cada dos horas durante seis horas.
- ◆ Revisar el fondo uterino y su grado de involución.
- ◆ Dar masaje al fondo uterino con mayor suavidad, vigilar el apósito vulvar para calcular la magnitud del sangrado transvaginal.
- ◆ Efectuar aspiración de boca y garganta si se requiere.
- ◆ Colocar a la usuaria en decúbito lateral, para fomentar el drenaje de secreciones.
- ◆ Verificar los valores del hematocrito y la hemoglobina en el primer día del postoperatorio.
- ◆ Verificar la permeabilidad de la sonda vesical.
- ◆ Vigilar que la ingestión y la excreción sean suficientes.
- ◆ Retirar la sonda vesical cuando así se ordene.
- ◆ Verificar la capacidad de la usuaria para orinar y la diuresis.
- ◆ Ayudar a la usuaria en su aseo personal.
- ◆ Verificar la presencia de síntomas como ardor al orinar, micción frecuente o necesidad urgente de orinar.
- ◆ Mantener la velocidad del flujo de la solución intravenosa según se ordene.
- ◆ Administrar medicamentos (oxitócicos, antibióticos) según lo indicado.
- ◆ Valorar la presencia de tumefacción, enrojecimiento, dolor y calor en el sitio de la venipuntura, si existe retirar la aguja y colocarla en otra vena.
- ◆ Proporcionar otras medidas de bienestar, como calor, postura cómoda, fijación de la herida quirúrgica para aliviar el dolor producido por ésta (por la existencia de gases o por la involución uterina).
- ◆ Valorar signos vitales antes de administrar analgésicos.

- ◆ Confirmar que el fármaco que se va a administrar no está contraindicado para madres que amamantan.
- ◆ Revisar la herida quirúrgica en busca de inflamación, rubor, secreción o calor.
- ◆ Marcar la mancha de secreción en el apósito, y anotarla con la fecha y la hora cada cuatro horas durante el primer día del postoperatorio.
- ◆ Animar la deambulaci3n progresiva a partir de las primeras 24 horas del postoperatorio.
- ◆ Administrar los ablandadores de heces que se hayan ordenado y estimular la ingest3n de líquidos.
- ◆ Animar una pronta interacci3n familiar.
- ◆ Proporcionar a los padres informaci3n oportuna sobre el neonato.
- ◆ Dar instrucciones sobre la asistencia al lactante y la autoasistencia.²⁵

Convalecencia.

La estancia en el hospital es de 2 a 4 días.

La recuperaci3n suele ser m3s prolongada que por un parto vaginal. Se recomienda caminar desde el primer día de la intervenci3n para mejorar y acortar la recuperaci3n, para el dolor de la incisi3n se suele recomendar analgésico.

Riesgos.

Los riesgos de cualquier intervenci3n bajo anestesia.

- ◆ Reacciones a la medicaci3n.
- ◆ Problemas respiratorios.
- ◆ Hemorragias.
- ◆ Infecciones.

²⁵ Baily Ellen (2002) Intervenciones de enfermería en: Cesárea.Harcourt/Océano. PP. 775 – 777.

6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

6.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Sra. E. Fernández femenino de 17 años, pesa 110 kg. Mide 170 cm. Nació en México D.F., con domicilio actual, Dextho de Victoria municipio de San Salvador, Identidad Federativa de Hidalgo, soltera de religión católica, es internada en el Hospital Regional Actopan, con diagnóstico médico de embarazo a término y trabajo de parto en fase activa.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.

Abuela materna viva de 90 años de edad, cursa con gastritis, abuelo materno finado por complicaciones de insuficiencia hepática, madre viva de 48 años aparentemente sana, padre vive desconoce su edad, hermanos en número de dos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Habita en casa propia de bloc y cimiento, cuenta con dos habitaciones y lo habitan cinco personas cuenta con fosa séptica, agua potable, cocina con leña, proviene del nivel socioeconómico bajo, hábitos dietéticos de mala calidad y cantidad, baño cada tercer día.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS.

Menarca a los 11 años, 28x3, inicia vida sexual activa a los 16 años con un compañero sexual, gesta 1, para O, aborto 0, amenorrea tipo 1, control prenatal en centro de salud con número de 3 consultas en total, fondo uterino 32 cm. Situación del producto longitudinal, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 134 por minuto, respuesta fetal reactiva, con signos vitales de la usuaria son: Temperatura de 36.7 grados centígrados, presión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca 86 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto.

A la exploración física se observa consciente, inquieta, cabeza sin alteraciones, cuello y tórax sin datos patológicos, senos con pezón ligeramente invertido, abdomen globoso a expensas de útero gestante con contracciones, extremidades sin alteraciones, piel semihidratada.

Usuaría que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo contracción, sin presentar pérdidas transvaginales, con 2 cm de dilatación y 20% de borramiento, se decide hospitalizar donde se canaliza vena para hidratar y se pasa a sala de labor para valoración continua, después de cinco horas se decide ingresar al servicio de hospitalización al área de ginecología por falta de espacio físico, con 2 cm de dilatación y con 20% de borramiento para valoración continua, con el siguiente tratamiento médico: ayuno hasta nueva orden, solución glucosada al 5% de 1000cc más 5 unidades de oxitocina a 5 gotas por minuto incrementando dosis respuesta, medicamentos pendientes, frecuencia cardíaca fetal cada 3 horas, se solicitan estudios de laboratorio reportando las siguientes cifras: BH. Eritrocitos 4,620,00 mm, hemoglobina 13.2 g/dl, hematocrito 42%, C.M.H.B. 32%, V.G.M. 90mc, plaquetas 352 000%, leucocitos 5 00, monocitos 2, linfocitos 38, eosinófilos 0, basófilos 0, neutrófilos 60, bandas 0, segmentados 60. TP 13.0 seg. TPT 31.0 seg. , EGO: color amarillo, aspecto turbio, PH 5.0, densidad 1.020, leucocitos 3-5 p/c, eritrocitos 1-2 p/c. En este momento el laboratorio no cuenta con recativos para la toma de química sanguínea.

A la siguiente valoración continúa con trabajo de parto con 15 horas en evolución en conducción desde el inicio de su ingreso, actividad uterina irregular, motilidad fetal adecuada, aumentando dosis de oxitocina, la cual continúa con las mismas condiciones, por lo que se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal.

En este momento se decide informar a la usuaria que se intervendrá quirúrgicamente la cual está renuente al tratamiento porque ella deseaba tener a su hijo por vía vaginal y el porqué no se le avisó desde su ingreso que había la posibilidad de que le realizaran cesárea. Se le explican las complicaciones que pudieran ocurrir si no acepta el tratamiento, por lo cual la usuaria opta por la intervención. Se prepara para pasarla a la unidad quirúrgica, después de su intervención cuenta con las siguientes indicaciones médicas: Dieta normal, solución glucosada al 5% de 1000cc ,más 20 unidades de oxitocina p/6 horas alternar con solución glucosada al 5 % de 1000cc p/12 horas, ampicilina 1gr IV c/6 horas, ketorolaco 30 mg IV c/8 horas, hemobión 1 tableta VO c/24 horas, vendaje comprensivo abdominal y de extremidades inferiores, cuidados de herida quirúrgica, vigilar sangrado transvaginal e involución uterina, retirar sonda Foley por la noche (22hrs), notificar eventualidades.

6.1.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1-. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

La señora E. Fernández refiere que le falta aire al respirar, con frecuencia respiratoria de 29 por minuto, no fuma pero convive con fumadores en la escuela, se observa tórax simétrico de características normales a la auscultación con sonido respiratorio de buena intensidad, campos pulmonares ventilados, ligera palidez y piel semihidratada.

Necesidad:

Independiente	x
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

2-. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Su familia la compone papá, mamá, dos hermanos, las condiciones de ambiente en su hogar no son tan agradables, a la valoración la usuaria está inquieta, quejumbrosa, no realiza algún movimiento por presencia de dolor intolerable en herida quirúrgica.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

3-. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Presenta de dos a tres micciones al día, con las siguientes características color amarillo turbio, olor concentrado, evacuación una cada tercer o cuarto día, de características duras con esfuerzo para evacuar presenta ardor y dolor, ligero sangrado fresco, presenta hemorroides, a la auscultación se encuentra con presencia de peristaltismo,

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

4-. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN.

Presenta cambios de temperatura corporal dado que se encuentra acostada con exceso de arropamiento (dos cobijas) por presentar escalofríos, piel ruborizada, en su domicilio no realiza ejercicio físico, su vivienda cuenta con poca ventilación, pared de bloc, techo de lamina de albesto, no cuenta con todos los servicios públicos, actualmente maneja temperatura de 38 grados centígrados.

Necesidad:

Independiente	x
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

5-. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

La usuaria duerme de 8 a 10 horas en su domicilio, ahora presenta insomnio y estrés por llanto frecuente del recién nacido e interrupción de sueño por ruidos que son ocasionados en el hospital. En este momento se observa ansiosa, angustiada e irritable.

Necesidad.

Independiente	x
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

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

Refiere que se fatiga al caminar y realizar actividades cotidianas en la estancia en el hospital refiere que se cansa al estar en una sola posición, pero no realiza movimientos por dolor y miedo a que las suturas de la incisión quirúrgica se rompan.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

7-. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

La usuaria refiere que su higiene es cada tercer día con cambio de ropa total, una a dos veces higiene bucal, con lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Su aspecto general es limpio no hay halitosis, cabello largo, se observar ligera palidez y turgencia de piel.

Actualmente depende de otra persona para mantener su higiene por que refiere estar débil y el dolor le impide realizar esfuerzo para bañarse.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

8-. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Refiere consumir tres comidas al día, en el desayuno café, pan, cereal, en la comida sopas, guisado, abundantes tortillas con poca ingesta de líquidos (1 a 2 vasos al día) ingieren refresco de cola, en la cena leche o café con tres o cuatro piezas de pan y entre comidas ingiere comida chatarra, presenta piel y mucosa semihidratada, dentadura completa con presencia de caries.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

9-. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

La usuaria vive con sus padres y dos hermanos, es madre soltera, ante alguna situación de estrés le comunica a sus padres, por lo general se encuentra sola la mayor parte del día, la usuaria habla claro, no presenta problemas de visión o audición. En este momento se encuentra angustiada con temor por no saber como brindar atención al recién nacido.

Necesidad:

Independiente	x
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

10-. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Su religión es católica los hábitos de vestir no influyen en su grupo social o religioso ya que se viste de acuerdo a su edad.

Actualmente esta con temor e inseguridad por la llegada del recién nacido.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

11-. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Estudia preparatoria, actualmente esta desconcertada, molesta por que no se le informo con tiempo, que se interviene quirúrgicamente ya que ella manifestó tener a su hijo por parto normal.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente.	
Dependiente	x

12-. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

No trabaja es estudiante, esta preocupada, en el aspecto económico, ella refiere que deseaba tener a su hijo por parto vaginal ya que esto le ahorraría dinero y el no tener por siempre la cicatriz abdominal.

Necesidad:

Independiente	x
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

13-. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

A la usuaria no le gusta realizar algún deporte solo camina cuando va a comprar el mandado, su entretenimiento es ver televisión.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	x
Dependiente	

14-. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

No influye su estado de ánimo para seleccionar que ropa usar, refiere utilizar bata o falda.

A su ingreso se encontró limpia y arreglada, necesita de ayuda para vestirse y desvestirse por si sola por lo cual solicita ayuda a su madre.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente independiente	x
Dependiente	

6.1.3. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.

A medida que cambian las necesidades de la sociedad, la enfermería continúa aumentando su campo de conocimientos, por ejemplo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sigue desarrollando y perfeccionando su lista de diagnósticos enfermeros aceptados para la validación clínica. En este apartado los diagnósticos se estructuraran con el formato que incluye problema, etiología, signos y síntomas (PES) así también se emplea el sistema de notación NANDA.

1. - NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor en la incisión quirúrgica manifestado por falta aliento.

OBJETIVO:

La función respiratoria se verá favorecida posterior a la realización de cuidados de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Auscultación frecuente de campos pulmonares para verificar permeabilidad de la vía aérea.
- Observar y examinar a la usuaria buscando signos y síntomas de problemas respiratorios como disnea y dradicardia.
- Mantener libre la vía aérea mediante la posición semifowler.
- Administración de oxígeno a 3 litros por minuto través de puntas nasales.
- Administrar ketorolaco 30 mg. I.V c/6 horas para tratar el dolor.
- Indicar a la usuaria que repose y evite movimientos bruscos o estiramiento.

- Enseñar a la usuaria a realizar ejercicios respiratorios profundos de la siguiente manera:
 1. Sentarse derecho o inclinarse ligeramente hacia delante mientras esta sentado en borde de la cama.
 2. Realizar una inspiración lenta y profunda.
 3. Esperar un poco o mantener la respiración durante, al menos tres segundos.
 4. Espirar lentamente.
 5. Descansar y repetir.
- Valorar el movimiento torácico, apreciando signos de asimetría.

FUNDAMENTACIÓN.

- El libre tránsito de vías aéreas es básico para la respiración favoreciendo la oxigenación.
- La vigilancia permite detectar oportunamente el deterioro del estado respiratorio o complicaciones.
- Favorece el descenso diafragmático y la máxima inspiración.
- El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.
- El tratamiento oportuno del dolor ayuda a prevenir la hipoventilación y atelectasia.
- Los periodos de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia.
- La respiración profunda ayuda a mejorar la ventilación y oxigenación, promueve la relajación y proporciona el control del dolor.
- La naturaleza del movimiento de la ventilación puede revelar estados de enfermedad específicos que restringen el volumen de aire producto del movimiento de los pulmones.

EVALUACIÓN.

Con la colaboración de la usuaria se controló la alteración de respiración y se evitó las complicaciones por medio de la administración de oxígeno.

2. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la integridad cutánea relacionado con la incisión, manipulación de tejidos abdominales manifestado por dolor en herida quirúrgica y expresión verbal de sensación de malestar y limitación para el movimiento.

OBJETIVO.

La señora E. Fernández presentará disminución del dolor en la herida quirúrgica, evitando al máximo la recurrencia del mismo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar edema, intensidad de dolor, presencia de infección.
- Realizar curación de herida quirúrgica cada 24 horas y así mantenerla en óptimas condiciones de higiene.
- Medir constantes vitales cada 30 minutos.
- Valorar otros factores que contribuyen el dolor como miedo, fatiga, ira, etc.
- Realizar valoración con escala de valoración para identificar la intensidad de los síntomas y molestias.
- Registrar en la hoja de notas de enfermería los datos del dolor y sus características, sitio, tipo, frecuencia y duración.
- Enseñar a la usuaria técnica de respiración superficial durante el episodio del dolor.
- Administrar ketorolaco 30 mg I.V C/6 horas.

- Proporcionar otras medidas de comodidad que puedan ser de utilidad, como la recolocación o apoyo de almohada.
- Enseñar al usuario nuevas estrategias para aliviar el dolor y las molestias, distracción, imaginación guiada, relajación, estimulación cutánea.
- Proporcionar entorno tranquilo
- Instruir al usuario y a su familiar acerca de los efectos colaterales potenciales de los analgésicos, así como su prevención y tratamiento.

FUNDAMENTACIÓN.

- La valoración de la usuaria nos permite estimar la respuesta inflamatoria en la herida quirúrgica; así mismo se puede determinar el umbral del dolor y detectar oportunamente signos y síntomas de infección.
- El arrastre mecánico del agua y el efecto bactericida del jabón en la curación de la herida quirúrgica permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección.
- El monitoreo de las constantes vitales permiten valorar el estado hemodinámico de la usuaria.
- La percepción del dolor puede alterarse por factores físicos y emocionales modificando la presión sanguínea.
- Permite contar con una base para valorar los cambios en la intensidad del dolor y auxilia a evaluarlo, aliviarlo, así como identificar los tipos de dolor.
- Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre integrantes del equipo sanitario y respalda las actividades de la enfermera.
- La educación de los músculos respiratorios previenen la insuficiencia respiratoria mejorando la ventilación y oxigenación, promueven la relajación proporcionando el control del dolor.
- Produce analgesia al aumentar el umbral al dolor en las neuronas periféricas del organismo y son más eficaces cuando se administran en el comienzo del dolor.
- La comodidad disminuye la tensión muscular disminuyendo la sensación del dolor.

- Las intervenciones cognitivo – conductuales cambian la percepción del dolor de la usuaria, alteran la conducta frente al dolor.
- El entorno tranquilo desarrolla un ambiente agradable para el descanso.
- La anticipación y prevención de efectos colaterales permiten que la usuaria continúe ingiriendo analgésicos sin interrupción a causas de dichos efectos.

EVALUACIÓN.

La señora E. Fernández presenta disminución de sensación de dolor, se muestra relajada y tranquila.

3. - NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración en la eliminación intestinal relacionado con una dieta pobre en fibra , líquidos con falta de ejercicio físico manifestado por heces de consistencia dura, dolor y esfuerzo excesivo para defecar, evacuación cada cuatro o cinco días.

OBJETIVO:

La usuaria evacuará diariamente heces de consistencia blanda, sin excesivo dolor ni esfuerzo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar peristaltismo intestinal, intensidad del dolor y estado de hidratación.
- Verificar la presencia de distensión abdominal, flatulencias y esfuerzo para defecar.
- Proporcionar líquidos orales y corroborar su ingesta.
- Valorar características de evacuación.

- Estimular a la usuaria a la deambulaci3n y que realice ejercicio con regularidad.
- Realizar masaje abdominal en sentido de las manecillas del reloj.
- Educar a la usuaria para que ingiera alimentos ricos en fibra y una mayor cantidad de lquidos.
- Administraci3n de Psylum pl3ntago una cucharada disuelta en medio vaso de agua V.O dos veces al da.
- Explicar la fisiolog3a de la defecaci3n y la importancia de atender el reflejo de la defecaci3n.

FUNDAMENTACI3N.

- La valoraci3n nos permite identificar los factores que se relacionan con el estreñimiento as3 como sus manifestaciones cl3nicas.
- La valoraci3n nos permite conocer el problema estimando su severidad evaluando la respuesta a los cuidados.
- La ingesta de lquidos superior a los dos litros diarios promueve la consistencia blanda de las heces.
- La valoraci3n de caracter3sticas de las evacuaciones nos permite conocer los problemas, identificando datos de anormalidad.
- El ejercicio ayuda a mejorar el tono muscular y estimular la movilidad normal de los intestinos.
- El masaje abdominal estimula la peristalsis, facilitando as3 el movimiento del quimo a trav3s del colon.
- La fibra en la dieta ayuda a hidratar a dar consistencia y volumen a las heces con lo que se aumenta el peristaltismo.
- Es un regulador intestinal que incrementa la formaci3n del bolo al fomentar una masa blanda no irritante que favorece la evacuaci3n normal.
- El conocimiento sobre la fisiolog3a de la defecaci3n posibilitar3 que la usuaria valore la importancia de atender el reflejo de la defecaci3n.

EVALUACIÓN:

El usuario aún no evacua, pero ha ingerido líquidos tibios y dieta blanda rica en fibra, deambula por momentos y el peristaltismo intestinal se ha incrementado.

4. - NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Termorregulación ineficaz (hipertermia) relacionado con exceso de arropamiento manifestado por escalofrío y piel ruborizada.

OBJETIVO.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar presencia de deshidratación, diaforesis, escasa turgencia cutánea, sequedad de mucosas.
- Enseñar a la usuaria a aligerar la ropa de cama y cubrirse solo con la bata hospitalaria.
- Medir regularmente la temperatura corporal.
- Enseñar a la usuaria a aumentar la frecuencia de los periodos de descanso y limitar la actividad física.
- Incrementar líquidos orales.
- Control de temperatura por medios físicos (procedimiento de enfriamiento).
- Administrar metamizol 1 gr IV C/8 horas lento y diluido.

FUNDAMENTACIÓN.

- Los signos y síntomas físicos pueden indicar temperatura anómala.
- La eliminación de ropa externa fomenta la pérdida de calor a través de la radiación y de la conducción.
- La enfermera puede valorar exactamente la naturaleza de las variaciones de la fiebre contando con cifras basal.
- La actividad y el estrés aumentan la tasa metabólica contribuyendo a la producción de calor.
- El incremento de líquidos ayudan a reemplazar los líquidos perdidos a través de la pérdida insensible de agua y de la sudación.
- Cuando la piel caliente toca un objeto más frío aumenta la pérdida de calor conductiva.
- Los antipiréticos reducen la producción de calor reduciendo la estimulación al hipotálamo.

EVALUACIÓN.

La usuaria mantiene una temperatura corporal de 36.7 grados centígrados, durante su estancia hospitalaria.

5. - NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por bostezos, dolor e irritabilidad.

OBJETIVO:

Controlar y reducir factores de insomnio para lograr un equilibrio óptimo entre el descanso y sueño de la usuaria.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar la calidad de sueño.
- Valorar y reducir al mínimo la necesidad de despertar a la usuaria (en la noche).
- Limitar la cantidad de sueño durante el día.
- Instruir a la usuaria para reducir cafeína u otro estimulante contra el sueño o la hora de acostarse y que ingiera alimentos que contengan triptófeno.
- Controlar el entorno, temperatura, luz de la habitación.
- Enseñar al usuario a realizar relajación muscular antes de irse a dormir.
- Orientar a la usuaria sobre el estrés y sus repercusiones.
- Brindar baño tibio de regadera.

FUNDAMENTACIÓN.

- La valoración de la calidad del sueño permite determinar si la usuaria alcanza el sueño deseado para que se produzca el descanso necesario.
- La organización del tratamiento de enfermería permite la máxima cantidad de sueño ininterrumpido permitiendo así ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Refrescan físicamente a la usuaria y reducen así el estímulo para ciclos de sueños más largos.
- La cafeína es estimulante y causan dificultad para dormir.
- Un entorno tranquilo favorece y reduce al mínimo las interrupciones del sueño.
- La relajación por cualquiera de sus métodos originan sensaciones de bienestar, proporcionando el descanso y sueño.
- La educación es la base para que se modifiquen determinados factores de conducta en beneficio de la adaptación y de la salud.
- El agua tibia produce vasodilatación y relajación con lo que se induce el sueño a la usuaria.

EVALUACIÓN.

La usuaria expresó que si hay cambio en el hábito para dormir.

6. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la movilidad física relacionada con las molestias en el periodo postoperatorio inmediato manifestado por fatiga e inseguridad para la deambulación.

OBJETIVO:

Lograr movilidad física óptima sin fatigar al usuario.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Observar el lugar de la incisión y corregir o cambiar el apósito según sea necesario.
- Asegurar que la usuaria entienda que la incisión esta cerrada de forma segura y que puede aumentar la actividad si se siente cómoda.
- Aplicación de vendaje compresivo abdominal.
- Observar la piel por si hay alguna irritación, abrasión o superficie que rozan entre sí o signos de alergia en la zona del vendaje compresivo.
- Ayudar a promover la deambulación de la usuaria según tolerancia.

FUNDAMENTACIÓN.

- La observación de la incisión y el cambio de apósito disminuye el riesgo de flora bacteriana.

- Un refuerzo abdominal sujeta la incisión de la herida quirúrgica que es vulnerable a la tensión o al estrés cuando la usuaria se mueve o tose.
- Las alteraciones actuales de la integridad cutánea puede empeorar con la aplicación de un refuerzo, produciendo presiones y excoriaciones.
- La actividad física provoca la contracción de los músculos que, a su vez, ejercen una presión sobre las venas, con lo que el retorno venoso aumenta y la estasis se reduce.

EVALUACIÓN.

El usuario deambula por completo antes de su alta a domicilio y realiza actividades de autocuidado.

7. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Diagnóstico de Enfermería.

Déficit del autocuidado: baño relacionado con fatiga y dolor manifestado por incapacidad para lavarse parcialmente el cuerpo y secarse.

OBJETIVO.

La usuaria será capaz de llevar a cabo su propio baño sin ayuda.
Conservación de la independencia máxima en las actividades cotidianas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Planificar el baño para el momento que la usuaria tenga más energía.
- Mantener un ambiente tranquilo, ordenado eliminando obstáculos en el trayecto al baño.
- Planificar estrategias que faciliten la realización de tareas cotidianas al baño asegurándose que el equipo necesario esté situado alineado con la cintura y al alcance fácil de la usuaria.

- Proporcionar medidas de seguridad específicas durante el baño como regular la temperatura adecuada del agua.
- Mantener un ambiente tranquilo, ordenado eliminando obstáculos en el trayecto del baño.
- Permitir que la usuaria conserve su autonomía y dignidad cuando se brinden los cuidados necesarios.
- Indicar al familiar de la usuaria que aliente su independencia y que intervenga únicamente cuando el usuario sea incapaz de bañarse por sí solo.

FUNDAMENTACIÓN.

- La planificación de baño minimizará la recurrencia de la fatiga
- El uso de estrategias y el equipo de adaptación adecuado y tareas sencillas reducen la confusión, mejora la capacidad para los cuidados personales y garantiza la seguridad física.
- No puede confiarse en que el usuario ajuste la temperatura del agua del baño por que se puede quemar con el agua caliente.
- El ambiente tranquilo y seguro ayuda a la usuaria a prevenir caídas accidentales.
- El fomento de la autonomía mejora la sensación de dignidad y bienestar general.
- Mantiene a la usuaria lo más activa e independiente en su autocuidado.

EVALUACIÓN.

La usuaria es capaz de sujetar y manipular el equipo del baño.

8. - NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la nutrición por exceso relacionado con hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo manifestado por peso superior al ideal con pliegues cutáneos aumentados.

OBJETIVO:

La usuaria perderá peso siguiendo una dieta equilibrada.
Modificará el modelo de ingesta adaptándolo a sus necesidades.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Confeccionar conjuntamente una dieta baja en calorías, adaptándola en medida de lo posible, a los gustos, horarios, hábitos y posibilidad de la usuaria.
- Indicarle que coma bocados pequeños y que no coma uno hasta que haya terminado lo anterior.
- Indicarle que evite picar entre comida si no puede evitarlo, aconsejar el consumo de alimentos con bajo nivel calórico.
- Anotar la ingesta oral para satisfacer las necesidades metabólicas.
- Vigilar diariamente el peso de la usuaria.
- Asegurar la comodidad de la usuaria durante las comidas.
- Favorecer higiene oral óptima antes y después de cada comida.
- Explicar la importancia de la buena nutrición para la salud global de la usuaria y su familia.

FUNDAMENTACIÓN.

- La planificación del cuidado nutricional individual es una estrategia multidisciplinaria a través de medidas que satisfagan las necesidades metabólicas más útil para la usuaria.
- Cuanto más tiempo se mastiquen los alimentos, mayor es la proporción de la digestión del almidón que ocurre en la boca.
- La regularidad con respecto a las comidas es conveniente ya que el picar entre comidas puede recargar el estómago.
- Seguimiento continuo favorece con éxito una estrategia.
- El peso diario determinara la pérdida y necesidad calóricas exactas.
- La comodidad proporciona un ambiente tranquilo y más cuando la hora de la comida resulta placentera, la usuaria comerá bien.
- La higiene oral constante favorece la sensación del gusto.
- La incorporación del conocimiento de la nutrición, el estilo de vida, sirve para prevenir muchas enfermedades.

EVALUACIÓN.

La usuaria se mostró cooperadora en la confección de su dieta para reducir peso.

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Afrontamiento individual inefectivo relacionado con crisis situacional, sobre carga sensorial (llanto del r/n) manifestado por incapacidad para satisfacer las expectativas de rol de madre.

OBJETIVO.

La usuaria logrará un afrontamiento eficaz.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar el estado emocional de la usuaria.
- Explicar a la usuaria las manifestaciones y consecuencias del estrés.
- Reducir al mínimo el contacto con estímulos estresantes.
- Enseñarle técnicas de relajación.
- Permitir que exprese sus sentimientos
- Alentar a la usuaria que el llanto es una forma que tiene el recién nacido de comunicarse.
- Tranquilizar a la usuaria acerca de que el llanto no es un signo de que el recién nacido la rechaza.

FUNDAMENTACIÓN.

- La valoración del estado emocional de la usuaria y del estrés es un proceso elemental para conocer a la usuaria y poder otorgar los cuidados que requiere.
- La educación es la base para que se modifiquen determinados patrones de conducta en beneficio de la adaptación y de salud.
- Los agentes estresantes representan una necesidad no satisfecha afectando la forma como la usuaria piensa.
- La expresión de sentimientos y la escucha activa por parte de la enfermera ayuda al usuario a su estado de no gravidez al nuevo rol de cómo madre.
- Las técnicas de relajación conducen a la disminución de las manifestaciones del estrés.
- La expresión de sentimientos y la escucha activa por parte de la enfermera ayuda a la usuaria a disminuir el estrés.

- Cualquier lactante que llore es causa de hambre, soledad, humedad, y es la causa más común de incomodidad.

EVALUACIÓN.

La usuaria logró disminuir el estrés a través de las técnicas de relajación.

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Diagnóstico de Enfermería.

Sufrimiento espiritual relacionado ansiedad y cambios importantes de vida manifestado por temor e inseguridad.

OBJETIVO:

La usuaria expresará sensación y sentimiento de confianza.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Planificar sesiones educativas de autoestima.
- Valorar los sentimientos e ideas que la usuaria tiene sobre su vida.
- Animar a la usuaria a expresar sus sentimientos.
- Animar a la usuaria a que comparta sus preocupaciones.
- Ayudar a la usuaria a identificar las fuentes de esperanza (relacionadas con la fe)
- Animar a que comparta sus preocupaciones con otras personas que ofrezcan apoyo espiritual.
- Emplear recursos espirituales.

FUNDAMENTACIÓN.

- El conocimiento permitirá a la usuaria en la realidad relativa al curso de su recuperación y ayudara a influir esperanza.
- En la valoración se obtienen fundamentos para valorar los cambios y eficacia de las intervenciones.
- La usuaria al expresar sus sentimientos podrá sentirse escuchada, aceptada y confiada en el ambiente hospitalario.
- Las personas cuestionan y se abren para descubrir su particular significación espiritual.
- La usuaria puede pensare que el hablar de Dios o un líder religioso es un tema prohibido, pudiendo dudar si lo comenta o no.
- Otras personas pueden ayudar al usuario a cubrir sus necesidades espirituales.

EVALUACIÓN.

La usuaria tiene bien definidas sus creencias y valores, expresa sentimientos positivos respecto a su cambio de vida y tratamiento.

11. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de conocimientos: sobre los cuidados previos a la cesárea relacionado con falta de información del procedimiento quirúrgico manifestado por conducta inapropiada, hostilidad.

OBJETIVO.

La señora E. Fernández Adquirirá conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Explicar a la usuaria y allegados el motivo de la cesárea.
- Explicar los procedimientos preoperatorios.
- Valoración y registro de signos vitales.
- Mantener en ayuno a la usuaria.
- Administración de líquidos por vía endovenosa.
- Realizar la preparación de la región abdominal.
- Colocación de sonda Foley.
- Colocación de vendaje compresivo de miembros pélvicos.
- Reducir la ansiedad de la usuaria.

FUNDAMENTACIÓN.

- Cada usuaria tiene necesidades propias de aprendizaje.
- La educación tiene un efecto de beneficio sobre la reducción de la ansiedad postoperatoria.
- La valoración proporciona importantes datos iniciales con los que se comparan luego las alteraciones que ocurren después de la intervención quirúrgica.
- En el ayuno preoperatorio el estómago de la usuaria se encontrará relativamente vacío, con lo que disminuye los riesgos de aspiración de vómito durante la intervención quirúrgica.
- Ayuda a controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Mantiene la región libre de microorganismos.
- Permite el drenaje por gravedad para prevenir la distensión vesical, haciendo que los órganos abdominales sean más accesibles durante la intervención quirúrgica.

- La compresión constante obliga a la sangre a circular hacia vasos sanguíneos de mayor calibre, favoreciendo el entorno venoso previniendo la estasis circulatoria.
- La ansiedad y el miedo son barreras para el aprendizaje, interfieren fácilmente con la capacidad de la usuaria para relajarse y dormir.

EVALUACIÓN.

La usuaria expresó verbalmente las razones que hacen precisa la cesárea y coopera en la preparación prequirúrgica.

12. – NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Diagnóstico de Enfermería:

Disminución de autoestima situacional relacionado con interrupción de la experiencia del parto manifestado por expresión de sentimientos inadecuados asociados con cesárea no prevista.

OBJETIVO.

Ayudar a la usuaria a encontrar los mecanismos de afrontamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Insistir en que la usuaria exprese verbalmente sus miedos y sentimientos de culpa.
- Ayudar a que exprese la sensación de fracaso y de no haber tenido un parto normal por vía vaginal.
- Restablecer la sensación de haber sido engañada o decepcionada.
- Evitar la sensación de intrusión producida por el procedimiento quirúrgico.
- Proporcionar apoyo mediante la tranquilización y comunicación abierta para potenciar los sentimientos de adecuación y competencia en autocuidados y cuidados del neonato.

- Valorar el estado emocional.

FUNDAMENTACIÓN.

- La expresión de sentimientos y escucha activa por parte de la enfermera ayuda a la usuaria a disminuir su miedo.
- La expresión facilita una asistencia integral y apoya a los lazos emocionales y demuestra respeto por la unidad familiar.
- Proporciona a la usuaria una sensación de normalidad, confianza en uno mismo y tranquilidad.
- La frustración provoca sentimientos negativos o contraproducentes atacando el bienestar emocional.
- La comunicación abierta facilita que la familia y el profesional sanitario, proyecta una actitud de solicitud e interés por la familia y la usuaria participando en el plan y el objetivo de la asistencia.
- La valoración del estado emocional de la usuaria es un proceso elemental para conocer la usuaria y poder otorgar los cuidados que requiere.

EVALUACIÓN.

La usuaria aún se encuentra con desconcertada y apática con el personal médico y paramédico por su intervención quirúrgica.

13. - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Diagnóstico de Enfermería:

Como está hospitalizada no realiza alguna actividad recreativa y no le gusta realizar algún deporte.

14. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Diagnóstico de Enfermería:

Debido a que la usuaria esta hospitalizada está necesidad se encuentra cubierta, de acuerdo al uso de ropa dentro del hospital.

6.1.4 PLAN DE ALTA.

Es un instrumento de factores que la enfermera debe tener en cuenta con el fin de ayudar a la usuaria y neonato a prepararse para su regreso al domicilio y continuar los cuidados hasta su completo restablecimiento y vida productiva. Esto incluye aspectos que habrán de prevenir para obtener una calidad de vida aceptable.

En el desarrollo del plan de alta se han seleccionado diversos métodos de enseñanza y apoyo didáctico mismos que se utilizaron para la usuaria y familia.

- Exposición: se empleo el lenguaje oral para la explicación de temas como son cuidados del recién nacido, puerperio.
- Interrogatorio: realizamos preguntas para poder obtener información, puntos de vista o verificar lo aprendido.
- Demostración: se mostró el manejo de las técnicas de amamantamiento, curación de herida quirúrgica.

OBJETIVO: la usuaria y/o familia deberá ser capaces de expresar la información proporcionada y comprender su papel como componentes implicados o colaboradores en el plan de alta.

INFORMACIÓN A LA USUARIA/FAMILIA.

- ◆ Explicar a la usuaria y allegados los siguiente, durante el periodo de puerperio quirúrgico.
- ◆ Necesidad de evitar el coito y las irrigaciones vaginales durante 4 a 6 semanas.

- ◆ Cuidados mamarios y exprimido manual en madres trabajadoras.
- ◆ Necesidad de evitar sentarse con las rodillas flexionadas durante periodos largos.
- ◆ Cuidados de herida quirúrgica.
- ◆ Explicar signos de alarma o síntomas de infección de debe de comunicar al médico tratante.
- ◆ La importancia de una dieta nutritiva.
- ◆ Necesidad de evitar el estreñimiento pueden ser necesarios laxantes suaves.
- ◆ Los loquios pueden persistir durante 3 a 4 semanas cambiando de color de rojo a marrón y a blanco.
- ◆ Explicar que las menstruaciones volverán de 6 a 8 semanas tras el nacimiento con independencia de la lactancia.
- ◆ Explicar que algunas madres no menstrúan hasta que el lactante deja de mamar.
- ◆ Explicar que otras vuelven a menstruar en distintos momentos durante la lactancia.
- ◆ Explicar que es posible quedar embarazada a las 4 o 6 semanas después de la cesárea, dé el pecho la madre o no.
- ◆ Explicar la disponibilidad de métodos anticonceptivos que no requieren prescripción.
- ◆ Nombrar y explicar los medicamentos, dosis, hora, objetivo y efectos secundarios.

CONSIDERACIONES DE LOS CUIDADOS EN EL DOMICILIO.

- ◆ Advertir a la usuaria que evite levantar pesos superiores al lactante durante 4 a 6 semanas.
- ◆ Explicar la necesidad de periodos de reposo planificados.
- ◆ Instruir en el baño diario.

- ◆ Indicar que puede realizar ejercicios moderado inicialmente.
- ◆ Explicar la importancia de realizar ejercicio y de no realizar ejercicio vigoroso hasta que los apruebe el médico tratante.
- ◆ Explicar y para prevenir la depresión posparto.
- ◆ Explicar que los sentimientos que pueden afectar a la madre son normales.
- ◆ Pérdida inicial del sentimiento de amor por el lactante.
- ◆ Explicar o afrontar las variaciones sobre las expectativas prenatales acerca del aspecto del lactante, desacuerdo en el sexo, peso o aspecto.
- ◆ Frustración por la mayor demanda en el tiempo para el lactante y descuidar el aspecto personal de la madre.
- ◆ Evitar los sentimientos de tensión, nerviosismo y fatiga.

CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA MADRES LACTANTES.

- ◆ Explicar y mostrar y que realice la usuaria los principios de lactancia.
- ◆ Explicar la importancia de la alimentación del neonato solo con leche materna.
- ◆ No añadir preparados para el lactante o agua de forma rutinaria.
- ◆ Optar por una posición adecuada para evitar las molestias.
- ◆ Instruir a la usuaria sobre las diferentes posiciones para amamantar y que haga lo siguiente.
- ✓ Cuando este acostada de lado ponga al neonato de forma que eleve la cara, tire de los glúteos del neonato hacia su abdomen, utilizar almohada para apoyo de su espalda y proteger el abdomen.
- ✓ Cuando este sentada en la cama, utilizar almohada por debajo de ambas rodillas para apoyarlas, colocar una almohada debajo de cada brazo y otra sobre el abdomen, ponga al neonato a su lado y apoyando en su brazo doblado con la cara y vientre del neonato mirando hacia la usuaria.
- ◆ Explicar sobre el reflejo de la lactancia.
- ◆ Lavado de manos.

- ◆ Explicar que las tomas están en relación con la demanda.
- ◆ Administrar preparados artificiales sólo disminuye el aporte de leche materna.
- ◆ Posición del pezón.
- ◆ Hacer hincapié en la necesidad de ingerir al menos 6 a 8 vasos de líquidos al día y comer una dieta equilibrada que contenga carne, leche, vegetales, frutas y cereales.
- ◆ Evitar los alimentos que puedan producir molestias al neonato (cólicos, llanto, vigilia).
- ◆ Explicar que la leche de mamá normalmente tiene un aspecto claro acuoso.
- ◆ Explicar que el aporte lácteo será adecuado si el neonato se amamanta con regularidad, cuantas más tomas haga, más leche se produce.
- ◆ Explicar que durante los días que sigan del puerperio es normal experimentar calambres uterino durante la lactancia.
- ◆ Explicar el tratamiento de las mamas congestionadas.
- ✓ Aplicar compresas calientes sobre las mamas durante 15 minutos.
- ✓ Aplique masaje desde el exterior hacia la areola.
- ✓ Exprima manualmente la leche o amamante al neonato.

CUIDADOS DEL NEONATO.

- ◆ Baño diario.
- ◆ Alimentación exclusiva con leche materna.
- ◆ Cambio de pañal cada que se requiera. Es importante que se informe que seis pañales húmedos al día con orina color claro indica una correcta hidratación del neonato. Y que cada 4 a 6 defecaciones al día son normales.
- ◆ Cuidados del cordón umbilical realizar curación con agua y jabón secarlo muy bien y que no hay necesidad de usar fajero.
- ◆ Vestir al neonato según la temperatura del día; Evitando el sobrecalentamiento.

- ◆ Identificar los signos y síntomas anormales de alarmas.
- ✓ Presenta color amarillento en la piel y en ojos (Ictericia).
- ✓ Fiebre que dura más de 24 horas (calentura).
- ✓ Tos productiva.
- ✓ Vómito.
- ✓ Diarrea.
- ✓ Letargo.
- ✓ Rehuye la comida.
- ✓ Si presenta coloración morada en los labios y en las uñas.
- ✓ Dificultad para respirar.
- ✓ Presencia de sangrado a cualquier nivel
- ✓ Si el recién nacido presenta caída con pérdida del conocimiento.
- ✓ Si presenta deshidratación, fontanela hundida (moyera), llanto sin lágrimas, boca seca.
- Se anexa tríptico de plan de alta

7. CONCLUSIONES.

La utilización conjunta del Proceso de Enfermería con la filosofía de Virginia Henderson permitió que las actividades proporcionadas a la usuaria fuesen resultado de una valoración continua y específica de las necesidades básicas, de esta forma, permitió orientar la valoración de enfermería para obtener datos objetivos y subjetivos de la usuaria de cada una de las necesidades, destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciéndole a la usuaria una atención integral y específica.

A través de las intervenciones de enfermería dirigidas a la usuaria se evidencio una respuesta favorable en cuanto al déficit detectado, a pesar que nos encontramos con deficiencias dentro de la institución como participación de la usuaria y familia pero con labor de convencimiento logramos nuestros objetivos llevándonos al éxito del proceso de atención de enfermería.

Es de tal importancia mencionar que la usuaria al inicio del tratamiento se mostró temerosa, sin interés por su estado de salud, conforme se iba involucrando en su autocuidado se mostró tranquila con iniciativa, cooperadora con el equipo de salud que participo en su tratamiento a pesar del poco tiempo en su estancia intrahospitalaria y del desarrollo de las intervenciones de enfermería.

La familia se unió más a la usuaria ya que ella es madre soltera, y solo cuenta con el apoyo de sus padres, esta contenta y feliz por la comprensión y cariño de su familia.

Con relación a las intervenciones de enfermería, se considera que fueron adecuadas, pero que se les debe brindar continuidad para que en forma global pueda derivar los mejores resultado para la usuaria, incorporándose lo más pronto posible a su vida cotidiana.

Dentro de los obstáculos que se observó para la realización de este proceso atención de enfermería es que la mayoría del personal de enfermería es técnico y no tienen los conocimientos de los modelos y teorías ni del mismo proceso, esto dificultó la continuidad de los cuidados.

El proceso atención de enfermería, cuenta con bases suficientes para proporcionar cuidados de enfermería, y con ventajas favorables para el personal de enfermería así como para la usuaria, ayudando a mejorar totalmente la calidad

de atención, haciendo de la enfermería una verdadera profesión, deberíamos transmitir los conocimientos adquiridos a las siguientes generaciones para mejorar día con día su aplicación dentro de las instituciones de salud, ya que no se está llevando a cabo en todas las instituciones o no se está dando un buen manejo.

Es necesario motivar al personal de enfermería a superarse, a realizar su Licenciatura, Maestría y Doctorado ya que el ejercicio de la profesión de enfermería exige una formación cada vez más profunda, así como una identificación precisa del papel y del servicio propio, demostrando la capacidad de cada una de las enfermeras, logrando obtener metas en común en donde los conocimientos serán nuevos y recíprocos y poder brindar atención de calidad y calidez a las usuarias que la requieran ya sea en la salud, enfermedad o a bien morir.

8. GLOSARIO.

Adaptación materna: proceso por el que pasa una mujer para adaptarse a su versión del papel de mujer; incluye tres fases: tomar para sí, retener y dejar ir.

Analgésico: cualquier fármaco o agente que alivia el dolor.

Areola: anillo pigmentado de tejido que rodea el pezón.

Autocuidado: el usuario (a) se proporciona los cuidados así mismo como parte del plan de enfermería.

Autonomía: el principio en biótica dice que debemos actuar respetando el derecho moral a la autodeterminación de todos los individuos que tienen capacidad para tomar decisiones.

Asepsia: ausencia de material séptico o infección.

Baloteo: movilidad de un objeto flotante como el feto.

Braxton Hicks, contracciones de: contracciones uterinas leves, intermitentes e indoloras que parecen durante el embarazo, estas contracciones son más frecuentes a medida que avanza el embarazo pero no representan una dilatación verdadera.

Calostro: líquido que mana de la mama desde el embarazo hasta el periodo posparto inicial, es rico en anticuerpos que confieren protección contra muchas enfermedades.

Cesárea: nacimiento de un feto por una incisión practicada a través de la pared abdominal.

Chadwick, signo de: coloración violeta de la mucosa vaginal que es visible desde cerca de la cuarta semana del embarazo.

Edema: acumulación generalizada de líquido intersticial.

Embarazo: periodo comprendido entre la concepción y expulsión completa de los productos de la concepción.

Etiología: parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades.

Étnica: relativo a una raza.

Estrategias: es una habilidad.

Fisiopatología: estudio de la ciencia de las funciones en el curso de la enfermedad y las modificaciones que sufren a causa de éstas.

Goodell, signo de: ablandamiento del segmento uterino inferior que se clasifica como signo probable de embarazo y que puede presentarse durante el segundo y el tercer mes de embarazo y se palpa durante el examen bimanual.

Higiene: ciencia que trata de la salud y de su conservación.

Hormona: sustancia química producida en un órgano o glándula que se transporta a través de la sangre hacia otro órgano o parte del cuerpo de los cuales estimula la actividad a la secreción.

Imagen corporal: concepto subjetivo que tiene las personas de su apariencia física.

Juicio: facultad de juzgar.

Leucorrea: secreción mucosa blanca o amarilla del canal cervical o la vagina que puede ser normal y de causa fisiológica o causada por estados patológicos de la vagina y endocérnix.

MCDonald, signo de reflexión fácil del fondo sobre el cérvix.

Metodología: conjunto de reglas que deben seguirse en el estudio de un arte o ciencia.

Montgomery, glándulas de (tubérculos) prominencias pequeñas y nodulares sobre las areolas alrededor de los pezones que se agrandan durante el embarazo.

Mortalidad materna: muerte de una mujer relacionada con el proceso de la reproducción.

Omisión: dejar de hacer o decir (suprimir)

Opérculo: tapón de moco que llena el canal cervical durante el embarazo.

Pirosis: sensación de quemadura en las regiones epigástrica y esternal causado por el ácido gástrico.

Ptialismo: salivación excesiva.

Pueperio: período que sigue a la tercera etapa del parto y que dura hasta la involución del útero, por lo general de tres a seis semanas.

Teoría: conocimiento no práctico.

9. -BIBLIOGRAFÍA.

- 1-. Baily Raffensperger Ellen (1996) cesárea en: manual de la enfermería. Océano/Centrum, Barcelona p.p. 774-778.
- 2-. Bruner y Suddarth (1998) Proceso de Atención de Enfermería en: enfermería médico quirúrgica. MC Graw Hill Interamericana, octava edición, México D.F. 1996 p.p. 26-34.
- 3-. Colliere Marie Francois (1998) Promover la vida editorial interamericana MC Grace, España. P. 325.
- 4-. Lowdermilk Perry Boback (2000) cesárea en: enfermería materno-infantil. Harcourt/Océano, Barcelona, p.p. 1000-1011.
- 5-. Luis Rodrigo Teresa (2003) Diagnósticos Enfermeros en: Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. NANDA International, editorial EdiDe, S.L. p.p. 223-270.
- 6-. Marriner Tomey Alligood (1998) Modelo de Virginia Henderson en: Modelos y Teorías en Enfermería. Mosby-Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, España. P. 649.
- 7-. Olds, Lodon, Ladewing, (1995) Cesárea en: Enfermera materno infantil, editorial interamericana, cuarta edición. P. 790-801.
- 8-. Phaneuf Margot (1999) Cuidados Enfermero en: Planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw-Hill, primera edición, México. P.281.
- 9-. Potter/Perry (2000) Fundamentos de Enfermería Harcourt/Océano, quinta edición, Barcelona p. 283.
- 10-. Ramírez Alonso Felix (2002) Técnica quirúrgica de la cesárea en: Obstetricia para la enfermera profesional. Manual Moderno, México D.F. p.401.

- 11-. Rodríguez Sánchez Berta (2002) Proceso Enfermero en: proceso enfermero. Ediciones cuellar, segunda edición, Guadalajara, Jalisco. P. 31.

- 12-. Rosales Barrera Susana (2004) Fundamentos de Enfermería, editorial manual moderno, tercera edición, México. P.p. 472-486.

- 13-. Tucker Martín Susan (2000) cuidados preoperatorios en cesárea en: normas del cuidado del paciente Harcourt/ Océano, Barcelona, p. 853.

- 14-. w. Iyer Patricia (2000) proceso de enfermería en: proceso y diagnóstico de enfermería MC Graw – Hill interamericana, tercera edición, México D.F. 1997 p. 7.

ANEXOS.

1. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE LA NANDA SEGÚN LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS.

<p>1. - RESPIRACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.4.2.1 Gasto cardiaco, disminución del. • 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del. • 1.5.1.2 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las. • 1.5.1.3 Respiratorio, patrón: ineficaz. • 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantener la. • 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al. • 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de. • 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de. <p>2. - ALIMENTACIÓN7HIDRATACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso. • 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto. • 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso. • 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de. • 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de. • 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de. • 6.5.1 Autocuidado, déficit de: alimentación. • 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la. • 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz. • 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida. • 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz. • 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectivo, patrón de. 	<p>9. - SEGURIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.2.1.1 Infección, alto riesgo de. • 1.2.3.1 Disreflexia. • 1.6.1 Lesión, alto riesgo de. • 1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de. • 1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de. • 1.6.2 Protección, alteración de la. • 3.2.2 Familiares, alteración de los procesos. • 3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en él. • 3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo de sobreesfuerzo en él. • 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo. • 5.1.1.1.3 Negación ineficaz. • 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante. • 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido. • 5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual). • 6.6. Crecimiento y desarrollo, alteración del. • 6.7 Traslado, síndrome de estrés por. • 9.1.1 Dolor. • 9.1.1.1 Dolor crónico. • 9.2.1.1 Duelo disfuncional. • 9.2.1.2 Duelo anticipado. • 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros. • 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de. • 9.2.3 Post-traumática, respuesta. • 9.2.3.1 Violación, síndrome trauma de. • 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta. • 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente. • 9.3.1 Ansiedad,
---	--

3. - ELIMINACIÓN:

- 1.3.1.1 Estreñimiento.
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo.
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico.
- 1.3.1.2 Diarrea.
- 1.3.1.3 Fecal, incontinencia.
- 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación.
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo.
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja.
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia.
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional.
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total.
- 1.3.2.2 Urinaria retención.
- 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc.

4. - MOVILIZACIÓN:

- 1.6.1.5. Desuso, alto riesgo de síndrome de.
- 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la.
- 6.1.1.1.1 Neurovascular periférica. Alto riesgo de disfunción.
- 6.1.1.2 Actividad, intolerancia a la.
- 6.1.1.2.1 Fatiga.
- 6.1.1.3 Actividad. Alto riesgo de intolerancia a la.

5. - REPOSO/SUEÑO:

- 6.2.1 Sueño, alteración del patrón del.

6. - VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA:

- 6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento.

- 9.3.2 Temor.

10. - COMUNICACIÓN:

- 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la.
- 3.1.1 Social, deterioro de la interacción.
- 3.1.2 Social, aislamiento.
- 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción.
- 3.3 Sexualidad, alteración de los patrones de.
- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz.
- 7.2 Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

11. - RELIGIÓN/CREENCIAS:

- 4.1.1 Espiritual, sufrimiento.
- 5.2.1.1 Tratamiento, no-seguimiento del (especificar).
- 5.3.1.1 Decisiones, conflicto en la toma de (especificar).
- 7.3.1 Desesperanza.
- 7.3.2 Impotencia.

12. - TRABAJAR/REALIZARSE:

- 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del.
- 3.2.1.1.1 Parenteral, alteración.
- 3.2.1.1.2 Parenteral, alto riesgo de alteración.
- 3.2.3.1 Parenteral, conflicto del rol.
- 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la.
- 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar).
- 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del.
- 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la.

7. - TEMPERATURA:

- 1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la.
- 1.2.2.2 Hipotermia.
- 1.2.2.3 Hipertermia.
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz.

8. - HIGIENE/PIEL:

- 1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
- 1.6.2.1 Hística, deterioro de la integridad.
- 1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la.
- 1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la.
- 1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad.
- 6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene.

- 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la.
- 7.1.2 Autoestima, trastorno de la.
- 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico.
- 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional.
- 7.1.3.1 Identidad personal, trastorno de la.

13. - ACTIVIDADES LÚCIDAS:

- 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de.

14. - APRENDER:

- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar).
- 8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de.

2. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

1. - DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Familiar responsable: _____

2. - PERFIL DEL PACIENTE:

AMBIENTE FÍSICO:

Características físicas (ventilación, iluminación
etc.) _____

Propia

Rentada

Prestada

No. De habitaciones: _____

Tipo de construcción: _____

Animales domésticos: _____

SERVICIO SANITARIOS:

Agua intra domiciliaría:

Hidrante publico:

Otros:

ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Control de basura:

Drenaje.

SI

NO

Letrina.

SI

NO

Fosa séptica.

SI

NO

Otros: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sífilis.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
S.I.D.A.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malformaciones congénitas.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consanguinidad.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Retraso mental.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trastornos psiquiátricos.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatías.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nefropatías.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

CARDIORRESPIRATORIO:

Palpitaciones. <input type="checkbox"/>	Liótimias. <input type="checkbox"/>	Diseña. <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>
Acufenos. <input type="checkbox"/>	Dolor torácico. <input type="checkbox"/>	Edema. <input type="checkbox"/>	Disfonías <input type="checkbox"/>
Fosfenos. <input type="checkbox"/>	Ruidos cardiacos. <input type="checkbox"/>	Cianosis. <input type="checkbox"/>	Expectoración. <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

DIGESTIVO:

Apetito normal <input type="checkbox"/>	Vómito. <input type="checkbox"/>	Meteorismo. <input type="checkbox"/>	Diarrea. <input type="checkbox"/>
Disminución del apetito. <input type="checkbox"/>	Nauseas. <input type="checkbox"/>	Distensión. <input type="checkbox"/>	Hematemesis. <input type="checkbox"/>
Pirosis <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal. <input type="checkbox"/>	Ruidos peristálticos. <input type="checkbox"/>	Melena. <input type="checkbox"/>
Disfagia. <input type="checkbox"/>	Regurgitaciones <input type="checkbox"/>	Constipación <input type="checkbox"/>	Pujo y tenesmo <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

GENITOURINARIO:

Dolor. <input type="checkbox"/>	Piuria. <input type="checkbox"/>	Dismenorrea <input type="checkbox"/>	Patología mamaria.
Disuria. <input type="checkbox"/>	Poliuria. <input type="checkbox"/>		
Tenesmo. <input type="checkbox"/>	Disuria. <input type="checkbox"/>	Leucorrea. <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hematuria. <input type="checkbox"/>	Escurrecimiento uretral. <input type="checkbox"/>		

Glándulas mamarias: _____

Observaciones: _____

NERVIOSO:

Cefalea. <input type="checkbox"/>	Aislamiento. <input type="checkbox"/>	Inconsciencia. <input type="checkbox"/>	Miosis. <input type="checkbox"/>
Temblores. <input type="checkbox"/>	Insomnio. <input type="checkbox"/>	Anisocorial <input type="checkbox"/>	Babinski. <input type="checkbox"/>
Depresión. <input type="checkbox"/>	Falta de memoria. <input type="checkbox"/>		Midriasis. <input type="checkbox"/>

Ansiedad.

Observaciones: _____

MUSCULOESQUELETICO:

Deformaciones: óseas, articulares y musculares. SI NO

Tipo: _____

Mialgias. Crepitación. Aumento de peso. Pérdida de peso.

Artralgias. ROTS. Galactorrea. Diabetes.

Varices. Polidipsia. Sudoración.

Hipertrichosis. Hipertiroidismo. Hipotiroidismo.

Observaciones: _____

PIEL Y ANEXOS:

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

Apigmentación. Heridas. Otorrea. Conjuntivitis.

Dermatosis. Edema. Hipoacusia. Epistaxis.

Acné. Turgencia. Dolor.

Alergias. Rinorrea.

Prurito. Trastornos del olfato.

Observaciones: _____

Compresión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Menarca _____ años. Telarca: _____ años. Pubarca: _____ años.

Ciclos: _____

Duración: _____

Dismenorrea: SI NO

Incapacitante: SI NO

Método de control prenatal: SI NO

Tipo: _____ Período de utilización: del _____ al _____

FUR: _____ FPP: _____

Papanicolau: SI NO

SDG: _____

Fecha _____ Resultado: _____

Gesta: _____

Paras: _____

Abortos: _____

Cesáreas: _____

Período intergenesico: _____

Vigilancia prenatal: SI NO

No. De compañeros sexuales; _____

Circuncidados: _____

No. De gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	Observaciones

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

Complicaciones en embarazos previos. SI NO

Embarazos ectópico. SI NO

Embarazo molar. SI NO

Preeclampsia. SI NO

Parto prematuro. SI NO

Malformaciones del producto. SI NO

Muerte neonatal. SI NO

Óbito. SI NO

Infección de vías urinarias. SI NO

Infección genital. SI NO

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso antes del embarazo: _____ Peso actual: _____ Peso.

Ideal: _____

Sobre peso de: _____ Kgrs.

Estatura: _____

Pulso: _____

Tensión arteria: _____

Temperatura: _____

Respiración: _____

INSPECCIÓN:

ASPECTO

FÍSICO: _____

PALPACIÓN: _____

PERCUSIÓN: _____

AUSCULTACIÓN: _____

PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Síntomas: _____

Signos: _____

EXAMENES DE LABORATORIO.

Gabinetes y/o laboratorio	Cifras normales del paciente	Observaciones

3. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1. OXIGENACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.	I _____ PD _____ D _____	
3. ELIMINACIÓN.	I _____ PD _____ D _____	
4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.	I _____ PD _____ D _____	
5. DESCANSO Y SUEÑO.	I _____ PD _____ D _____	
6. USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADA.	I _____ PD _____ D _____	
7. TERMORREGULACIÓN.	I _____ PD _____ D _____	
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	I _____ PD _____ D _____	
9. EVITAR PELIGROS	I _____ PD _____ D _____	

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
10. COMUNICARSE.	I _____ PD _____ D _____	
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.	I _____ PD _____ D _____	
12. TRABAJAR Y REALIZARSE.	I _____ PD _____ D _____	
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.	I _____ PD _____ D _____	
14. APRENDIZAJE.	I _____ PD _____ D _____	

ALIMENTACION PARA EL BEBÉ

El mejor alimento para el bebé es el seno materno. amamantarlo cada vez que lo solicite. Cargue a su bebé después de cada tetao sobre su hombro y de la pal-
maditas en su espalda, para sacarle el aire



Higiene del bebé

Baño diario de preferencia con jabón neutro

Cuidando que el bebé no reciba corrientes de aire, limpiar el cordón umbilical con un pedazo de algodón humedecido ligeramente, conserve el pañal doblado de modo que no lastime al cordón, recorte las uñas cada semana con tijeras chatas, cambie el pañal frecuente-
mente



Datos de alarma para el bebé

Datos de enfermedad que deben reconocerse y de-
berán acudir con el pediatra

Dificultad para despertar, fiebre, vomito, diarrea,
perdida de apetito, ronchitas en el cuerpo, presenta-
ción de color amarillo en piel y ojos, coloración
morada en los labios y uñas dificultad para respirar.



Hospital General Actopan



PLAN DE ALTA DE PUERPERIO QUIRURGICO

Elabora: Lic. Enf. Roció Martínez Cañada

Fecha: 01-01-06

Dirección: Actopan Hgo.

Tel.: 772-72-71796

Dieta Nutritiva

Debe ser a base de abundantes líquidos, frutas, verduras frescas, incluir cereal, productos lácteos. Las carnes, azúcar, sal grasas y condimentos deben limitarse, quitar frituras y embutidos.



Realizar Ejercicio

La actividad física condiciona el cuerpo mejorando la salud, es favorable para evitar enfermedades, favorece la cicatrización de heridas, ayuda a eliminar cambios de humor.



Higiene de la Usaria

El baño diario brinda limpieza, bienestar, suprime olores desagradables, el baño en la noche tiene como efecto la relajación, facilita el sueño, alivia molestias dorsales



Planificación Familiar

Son métodos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente, contamos con los siguientes métodos ; hormonales, pastillas, inyecciones, dispositivo intrauterino (DIU), de barrera (cordón) y los permanentes DTB y vasectomía



Cuidados importantes

Evitar tener relaciones sexuales después del parto o cesárea durante 4-a 6 semanas después de el parto



Datos de alarma

Si llegas a tener uno o más estos síntomas debes acudir con el ginecólogo: si en la herida quirúrgica hay pus, sangre o se están rompiendo las suturas, hay fiebre, sangrado profuso o maloliente o coágulos

