

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DIRIGIDO A UNA MUJER DURANTE EL PERIODO POSPARTO,
A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA ”**

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

LAURA EDITH VÁZQUEZ VALENCIA

No. Cuenta: 9525136-5

Asesor Académico:

L.E.O ANGELINA RIVERA MONTIEL

MAYO 2005



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.

DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por brindarme tiempo y fuerza para cerrar un círculo más en mi vida.

A mis padres que sin su apoyo, esfuerzo y sacrificio no hubiera sido posible el logro de esta meta... a ti madre que aunque ya no estas conmigo sigues siendo una pieza importante en mi vida por que eres mi mejor ejemplo a seguir. Como agradecimiento a este sacrificio les dedico este logro que para ser honestos es de ambos.

Agradezco de corazón a mi asesora la Lic. Angelina Rivera por la paciencia, apoyo y comprensión brindada durante la elaboración del presente.

A Mauricio Palacios por siempre estar a mi lado, por que con tus palabras y cariño cambiaste la perspectiva de mi vida. A mi hijo Braulio por que tu llegada ha sido la experiencia más hermosa y el motivo más valioso para no flaquear en la vida.

A todos ustedes mil gracias...

LAURA EDITH VAZQUEZ VALENCIA

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
Capítulo I. OBJETIVOS	
1.1. Objetivo general.	9
1.2. Objetivo específico.	9
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Enfermería.	11
2.1.1. Antecedentes históricos de la Enfermería.	11
2.1.2. Concepto de Enfermería.	14
2.1.3. Componentes del metaparadigma.	16
2.2. Cuidado.	17
2.2.1. Antecedentes históricos del cuidado.	17
2.2.2. Concepto de Cuidado.	19
2.2.3. Connotaciones del cuidado.	20
2.2.4. El proceso de los cuidados de Enfermería.	21
2.3. Proceso Atención de Enfermería.	24
2.3.1. Antecedentes históricos del P.A.E.	24
2.3.2. Concepto del P.A.E.	25
2.3.3. Etapas del P.A.E.	26
2.3.3.1. Valoración.	26
2.3.3.1.1. Concepto.	26
2.3.3.1.2. Objetivos.	26
2.3.3.1.3. Etapas de la valoración.	26
2.3.3.1.4. Tipos de valoración.	27
2.3.3.1.5. Tipos de datos.	27
2.3.3.1.6. Métodos de observación.	28
2.3.3.1.7. Método de entrevista clínica o interrogatorio.	28
2.3.3.1.8. Método clínico o exploración física.	29

2.3.3.1.9. Fuentes de obtención de datos.	30
2.3.3.2. Diagnóstico.	31
2.3.3.2.1. Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería.	31
2.3.3.2.2. Concepto.	31
2.3.3.2.3. Objetivo.	32
2.3.3.2.4. Etapas del diagnóstico.	32
2.3.3.2.5. Formato P.E.S.	33
2.3.3.2.6. Diagnósticos aceptados por la NANDA.	34
2.3.3.3. Planeación.	37
2.3.3.3.1. Concepto.	37
2.3.3.3.2. Objetivo.	37
2.3.3.3.3. Etapas de la planeación.	37
2.3.3.4. Ejecución.	38
2.3.3.4.1. Concepto.	38
2.3.3.4.2. Objetivos.	38
2.3.3.5. Evaluación.	38
2.3.3.5.1. Concepto.	38
2.3.3.5.2. Objetivos.	39
2.4. Puerperio.	39
2.4.1. Concepto de puerperio.	39
2.4.2. Clasificación del puerperio.	39
2.4.3. Cambios anatómicos y sistémicos.	39
2.4.3.1. Cambios anatómicos.	40
2.4.3.2. Cambios sistémicos.	43
2.4.4. Complicaciones del puerperio.	45
2.5. Lactancia materna.	46
2.5.1. Concepto de lactancia materna.	46
2.5.2. Anatomía de las glándulas mamarias.	46
2.5.3. Fisiología de la lactancia.	47
2.5.4. Ventajas y desventajas del amamantamiento.	48
2.5.5. Enseñanza del amamantamiento.	49
2.5.6. Complicaciones mamarias durante la lactancia.	51

Capítulo III. METODOLOGÍA	
3.1. Metodología.	53
3.2. Presentación del caso clínico.	53
3.3. Datos obtenidos de la valoración.	54
3.3.1. Historia clínica.	54
3.3.2. Anecdotario de la alumna.	62
3.4. Diagnósticos de enfermería detectados.	71
3.5. Plan de cuidados de enfermería.	73
Capítulo IV. CONCLUSIONES	84
MESOGRAFÍA	85
ANEXOS	88

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la enfermería se define como la ciencia del cuidado y atención a los enfermos, teniendo como eje principal el restablecimiento de la salud y prevención de la enfermedad a través de los cuidados de enfermería los cuales son llevados a cabo por medio de la metodología del proceso de atención siendo este un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o potenciales y el efecto de éste en el aspecto biopsicosocial.

El proceso de enfermería se encuentra sustentado en conocimientos científicos derivados de la propia enfermería así como de otras disciplinas, por tal motivo, durante la formación académica se busca que los alumnos desarrollen y adquieran conocimientos, actitudes y aptitudes en base a su herramienta de trabajo (PAE). Como muestra de ello en la fase terminal de la formación profesional, el pasante de enfermería lleva a cabo un estudio de caso clínico el cual pretenderá evidenciar los aprendizajes adquiridos.

El presente estudio de caso clínico se realizó a una mujer en edad reproductiva específicamente durante el puerperio utilizando la metodología del proceso de enfermería; durante la valoración se integró una base de datos que permitió identificar los problemas o necesidades del sujeto en estudio, en los aspectos psicoemocionales, sociales, cognoscitivos y motrices, para lo cual se analizó y organizó la información obtenida para posteriormente integrar los diagnósticos de enfermería.

En una segunda etapa y de acuerdo a los diagnósticos realizados se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería en su mayoría de tipo independiente para posteriormente valorar su eficacia.

Es de importancia señalar que una vez egresada la paciente de la unidad hospitalaria se le realizó seguimiento en su domicilio para proporcionarle orientación relacionado a los cuidados en el hogar de ella y del recién nacido, sin ser este último un segundo objeto de estudio sino como una necesidad de conocimiento de la mujer.

JUSTIFICACIÓN

Como interés en la culminación de la formación profesional, se decide llevar a cabo un estudio de caso clínico, siguiendo la metodología del proceso atención de enfermería a una usuaria del Hospital General de Milpa Alta durante el puerperio quirúrgico, donde se haga evidente los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación profesional, los cuales a su vez, serán transmitidos a la mujer en estudio, para que de esta manera recupere su salud evitando y/o disminuyendo al máximo el riesgo de complicaciones posparto y enfrentando la crisis maternal donde asumirá el rol de madre, siendo esta la principal cuidadora del recién nacido.

Cabe señalar que la maternidad es un continuo proceso de transición que pese a que se inicia durante el embarazo, se desarrolla cuando se asume las responsabilidades correspondientes (ubicación de su nuevo papel y la integración del recién nacido como nuevo miembro de la familia).

En el periodo posparto es de suponerse encontrarse de igual manera deficiencias en lo que a cuidados en el hogar se refiere.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ **A través de la metodología del proceso atención de enfermería ayudar a la mujer en edad reproductiva a mantener y/o recuperar su salud.**

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ **A través de la valoración de enfermería se integrará una base de datos que permita identificar los problemas y/o necesidades de la señora Chávez.**
- ❖ **En base a los diagnósticos identificados planear las intervenciones de enfermería (independientes, dependientes e interdependientes) que contribuyan a mejorar o crear capacidades de cuidado de la usuaria.**
- ❖ **Se analizarán los resultados de las intervenciones ejecutadas como retroalimentación del plan de cuidados.**

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1. ENFERMERÍA

2.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA

La evolución de la enfermería tiene su origen en el surgimiento de los cuidados, mismos que el hombre creó como herramienta para asegurar la continuidad de la vida, y no es que los cuidados surgieran como una profesión, sino, como “un acto de cualquier persona que ayuda a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida”¹ y luchar contra la muerte.

Para asegurar la continuidad de la vida surge un conjunto de actividades indispensables que conllevan a la organización de tareas, dando origen a la división sexual del trabajo, donde algunas actividades serán realizadas por los hombres, mientras que otras serán primordialmente de mujeres, así que los cuidados del hogar y los miembros de la familia son asignados a la mujer y el cuidado del cuerpo herido era una actividad propia del hombre. Con lo anterior, podemos ver como los cuidados para asegurar la continuidad de la vida son divididos en dos grandes áreas según el sexo de la persona que los proporciona, esto aunado a una orientación metafísica (diferencia lo bueno de lo malo) conlleva por un lado y a través de los años a la formación de enfermeras y por otro, al surgimiento de médicos y cirujanos.

En antiguas civilizaciones se mencionan a las enfermeras como esclavas, ayudantes de curanderos o como cuidadoras de niños, ancianos, enfermos, moribundos e incluso llegaban a actuar como comadronas. Sin embargo no fue sino hasta en tiempo de Las Cruzadas cuando se fundaron órdenes religiosas de ambos sexos con la finalidad principal de cuidar enfermos, por tal motivo en un principio se consideró esta actividad propia de religiosos.

La civilización occidental cambió su actitud en contra de la religión por lo que fueron

¹ COLLIÉRE, Marie Françoise, Promover la vida, Pág. 5.

cerrados varios centros religiosos, pese a esto los cuidados que se seguían brindando eran realizados por prostitutas y ladronas quienes no contaban con ningún entrenamiento y eran consideradas “personas poco deseables para la sociedad”. Sin embargo estos grupos reaparecieron al crear la Orden de las Diaconisas de donde surge un personaje de gran importancia para la enfermería “Florence Nightingale”.

Durante la guerra de Crimea, las condiciones de los hospitales y por ende los cuidados brindados a los soldados eran insalubres, por lo que Florence Nightingale organizó grupos de enfermeras capacitadas erradicando los problemas higiénicos en los hospitales militares. A su regreso a Inglaterra se dedicó a mejorar la condición social de las enfermeras y a luchar por que se les brindara un plan de estudios formal por lo que fundó una institución para la enseñanza de la enfermería.

Nightingale realizó diversas aportaciones en pro de la enfermería entre las cuales podemos destacar:

-Los principios de la asepsia; “la salud se mantiene mediante la prevención de la enfermedad a través de factores saludables del entorno”²

-La creación de escuelas para la formación de personal de enfermería donde se les proporcionara experiencia y conocimientos, por lo que las escuelas debían ser independientes de los hospitales y dirigidos por personal de enfermería, pero localizados geográficamente cerca para que estos sirvieran como talleres o lugares de formación.

-“Tratar al paciente como ser humano y no simplemente como organismo atacado por una enfermedad”³ lo que en la actualidad conocemos como holismo. Pese a las proposiciones impuestas por Nightingale las enfermeras seguían adiestrándose en los hospitales bajo la tutela del personal médico.

En México, la enfermería se convierte en profesión formal con la inauguración de la primera escuela en el Hospital General de la Ciudad de México en 1905, donde al igual que en muchos países las alumnas “aprendían haciendo” y solamente proporcionaban el tratamiento que prescribía el médico ya que seguían siendo ellos quienes dirigían las escuelas en todos los aspectos. Posteriormente se identifica un periodo conocido como “La etapa moderna del cuidado de la salud” donde la medicina curativa presentó un mayor

² MARRINER, T. Ann, Modelos y teorías en enfermería, Pág. 76.

³ WOLFF, Lu. Verne, et.al. Curso de enfermería moderna, Pág. 6.

auge, lo que impulsó a la creación de nuevos hospitales incluyendo los de especialización.

Por una parte, en los hospitales se comenzó a clasificar a los pacientes en áreas de acuerdo a su padecimiento, lo que ocasionó que de igual manera el personal de enfermería adquiriera conocimientos en las diferentes áreas a manera de "aprendices de oficio". Es de importancia mencionar que la especialización del área médica conllevó a la pérdida de espacios para las enfermeras sanitaristas y parteras principalmente.

Al crear nuevas instituciones de salud aumenta la demanda del personal de enfermería, problemática que fue más difícil de solucionar ya que desde tiempo atrás se arrastraba un gran déficit de este recurso, debido a que esta situación no se pudo solucionar con los pocos egresados de las escuelas de enfermería, se implementaron cursos de capacitación con una duración de 3 meses a 1 año surgiendo así la "auxiliar de enfermería". En 1968 se creó la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Con la proliferación de escuelas de enfermería surgieron inconformidades por la deficiente formación académica del personal, debido a las diversas formas de capacitarlas por lo que se diseñaron las Normas Básicas para la enseñanza de la enfermería cuyo propósito era regular el proceso educativo incluyendo la relación entre teoría y práctica.

A través del tiempo se ha pretendido buscar un único plan de estudios para las distintas escuelas de enfermería, con la finalidad de que sus egresados cuenten con la misma estructura básica de conocimientos para un equitativo desarrollo profesional.

Por este afán de darle un sentido "profesional" a la enfermería se decide cambiar el perfil de ingreso, suprimir la formación de personal auxiliar y técnica de enfermería para elevar el nivel de licenciatura por lo que en 1998 la UNAM así como el IPN otorgan nivel de licenciatura a la carrera de enfermería. Aunque en la actualidad se sigue formando auxiliares y enfermeras técnicas, estas son egresadas de escuelas particulares con registro o incorporación a la SEP.

Actualmente, en el ámbito laboral los egresados de la licenciatura en enfermería tienen mayores posibilidades de ocupar puestos administrativos dentro de las instituciones de salud, aunque en muchas de éstas se tiene que ubicar en plazas de menor nivel para posteriormente alcanzar un puesto administrativo.

Se espera que en un futuro no muy lejano la Licenciatura en enfermería sea reconocida

como profesión y no como ayudantes del médico, ya que de acuerdo al perfil del egresado de dicha carrera este debe tener la capacidad de liderazgo para el manejo de grupos de masas, habilidad para la investigación así como el manejo de la tecnología que día a día se renueva en el área de la salud sin dejar de lado la formación académica y actualización para evitar así el continuo retraso de la enfermería en su profesionalización. Es importante aclarar que el cambio de la enfermería es responsabilidad de quien la estudia y la ejerce.

2.1.2. CONCEPTO DE ENFERMERÍA

El término de enfermería se deriva del latín "infirmitas", que significa enfermedad por lo que este origen ha influido en algunas definiciones de la enfermería y se menciona "algunas" puesto que hasta la fecha no se ha logrado una definición universal de la enfermería.

Se han escrito numerosas definiciones de enfermería y recogerlas aquí sería muy extenso por lo que solo se mencionarán las que a criterio del autor del presente son las más relevantes.

Las definiciones de los diccionarios definen a cada profesión y las distinguen de las demás de acuerdo al servicio que presta a la sociedad.

ENFERMERÍA: Ciencia del cuidado y atención de enfermos, restablecimiento de la salud y prevención de la enfermedad.⁴

Florence Nightingale definió la enfermería como "el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación"⁵

La más aceptada y conocida por los profesionales fue la elaborada por Virginia Henderson la cual define la enfermería en términos funcionales "la única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma

⁴ DICCIONARIO MEDICO.4ª edición, Masson, Pág. 200.

⁵ KOZIER, Bárbara. et.al. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y práctica. Pág.3

que le ayude a ser independiente lo antes posible.⁶

Entre las teorías de enfermería más recientes se encuentra la de Dorothea E. Orem quién definió a la enfermería como “un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son dependientes total o parcialmente... cuando ellos mismos, sus progenitores, sus tutores u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestarles o controlar su cuidado”.⁷

De igual manera la OMS define a la enfermería de acuerdo a su función la cual es: “ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones para el fomento de la salud, así como la prevención de la enfermedad. Enfermería incluye también, la planificación y la prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida, que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la discapacidad y a la muerte.”⁸

Hoy en día, la enfermería se ha considerado como cuidado, arte, ciencia, profesión y disciplina. Según palabras de Boykin y Schoenhofer la enfermería se ha considerado como cuidado ya que es éste la esencia de la práctica enfermera. En este sentido y pese a que todas las personas se cuidan en virtud de su condición humana, la enfermera en cada situación de enfermería (experiencia vivida y compartida con quien es cuidado) intenta conocer al otro como persona cuidadora y busca entender como esa persona puede ser apoyada, sostenida y fortalecida en su proceso único de vivir en el cuidado y crecer en el cuidado.

Existe la opinión generalizada de que se puede considerar a la enfermería como un arte y una ciencia a la vez. “Es un arte por que incluye habilidades que requieren capacidad y destreza, y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.”⁹

La enfermería es una disciplina comprometida a la prestación de servicios personalizados

⁶ MARRINER T. Ann. Op. Cit. Pág. 104

⁷ KOZIER, Bárbara. Op. Cit. Pág.52

⁸ ALMANSA M., Pilar. Metodología de los cuidados de enfermería Pág. 9

⁹ WOLFF, Lu. Verne, Op. cit. pág.5

hacia cualquier individuo sin importar a qué grupo étnico, religión o posición socioeconómica, en la salud y la enfermedad, desde el nacimiento hasta la muerte.

Cada profesión surge de un servicio cotidiano que una persona presta a otra. Así el servicio que la profesión enfermera ofrece a la sociedad es la atención al individuo, familia y comunidad para mantener su vida, su salud y su bienestar y recuperarlo de la enfermedad y/o adaptarse a sus efectos.

2.1.3. COMPONENTES DEL METAPARADIGMA

La necesidad de delimitar el objeto de estudio de la enfermería así como su ámbito de actuación profesional trajo como consecuencia el inicio de un periodo que se caracterizó por el surgimiento de modelos teóricos los cuales traen como consecuencia la necesidad de determinar los “fenómenos” que debían ser investigados a lo cual se le ha denominado METAPARADIGMA.

“El metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o una profesión. Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales. Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.”¹⁰

El metaparadigma agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud/enfermedad y cuidado que tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina enfermera.

Persona. Es el receptor de los cuidados enfermeros. Comprende al individuo, familia o comunidad desde el punto de vista físico, espiritual, psicológico y sociocultural.

Entorno. Comprende todas las condiciones internas (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y externas (elementos contextuales en los que la persona se encuentra tales como físicos, sociales, culturales, políticos, etc.) que tengan influencia en su estilo de vida, de tal forma que éstas proporcionan un significado a las experiencias de vida de la persona, por lo que un comportamiento sólo es la medida en que se contextualiza en el entorno. Además, el entorno comprende los sitios donde la persona se desarrolla.

¹⁰ WESLEY, Ruby L. Teorías y modelos de enfermería. Pág. 2

Salud/enfermedad Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona el cual puede oscilar entre los más altos niveles de salud y la fase terminal de una enfermedad.

Cuidado. Es la propia definición de la enfermería, es decir, las acciones realizadas por las enfermeras para con la persona, y las metas o resultados vistas como el proceso de enfermería.

Para determinar el objeto de estudio de una disciplina no basta con la descripción de los "fenómenos" que estudia, es necesario establecer relaciones entre éstos, de esta manera se determina el objeto de estudio y el campo de acción de la enfermería.

1. **Persona-Salud/enfermedad** "La enfermería se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos".¹¹ También hace referencia al potencial de la persona para cuidar su salud.

2. **Persona-Entorno.** La enfermería se ocupa del comportamiento humano en relación con su entorno, tanto en situaciones de la vida cotidiana como en situaciones críticas de salud.

3. **Salud-Cuidado.** Indica las acciones que se realizan para lograr cambios positivos en el estado de la salud.

4. **Persona-Entorno-Salud/enfermedad** A la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con su entorno.

2.2. CUIDADO

2.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CUIDADO

Los cuidados surgen desde el origen de la vida, ya que todo ser vivo por instinto natural se cuida y cuida a los integrantes de su grupo, de esta manera, los cuidados surgieron como una herramienta para asegurar la continuidad de la vida (que posteriormente dio lugar a la profesión enfermera) ya que eran actos que cualquier persona podía proporcionar con la finalidad de preservar y continuar la vida.

¹¹ HERNÁNDEZ, J, Albert M. Esteban, Fundamentos de la enfermería. Teoría y método., Pág.53.

Como bien refiere Colliere en su libro "Promover la vida", la historia de los cuidados se perfila alrededor de dos orientaciones, en la primera se habla básicamente de asegurar la continuidad de la vida donde surge la organización de tareas, dando origen a la división sexual del trabajo, así que los cuidados del hogar y los miembros de la familia, son asignados a la mujer y el cuidado del cuerpo herido era una actividad propia del hombre.

La orientación metafísica pretende interpretar y diferenciar lo bueno de lo malo, por lo que existían personajes asignados a fungir como mediadores entre las fuerzas benéficas y maléficas, el primero fue el chamán, luego el sacerdote y por último los médicos, estos comienzan la investigación de los diferentes males que arremeten a los individuos, las enfermedades se convierten en el punto de inicio para el combate del mal lo que conlleva a la muerte.

Por lo antes mencionado podemos ver como el nacimiento y la muerte son los dos límites alrededor de los cuales se desarrolla toda la vida, y por lo tanto el punto de partida de todos los cuidados. Los cuidados alrededor del nacimiento se derivan de los cuidados alrededor de la muerte, de hecho son la inversa de ellos.

Con el tiempo y el surgimiento de estas dos orientaciones los cuidados son divididos en cuidados para el mantenimiento de la vida "care" y cuidados de curación "cure", éstos últimos predominan progresivamente hasta excluir a los cuidados para el mantenimiento de la vida, hasta el punto en que éstos se hacen secundarios, cuando en realidad siguen siendo de vital importancia, puesto que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Como muestra de lo anterior podemos citar como antiguamente los cuidados eran transmitidos de manera oral y durante el siglo XIX los médicos recopilaron numerosas prácticas de cuidados y las plasmaron en manuales de una manera resumida con la finalidad de formar personal auxiliar con dependencia total de ellos, por lo que el cuidar se convierte en tratar la enfermedad, apareciendo el personal de enfermería enfocado básicamente al cumplimiento de las prescripciones médicas.

Haciéndose más médicos los cuidados de enfermería, van perdiendo los cuidados para el mantenimiento de la vida, dejándolo como secundario o de menor importancia creándose así un abismo en lo que a cuidados de enfermería se refiere.

A través del tiempo, los cuidados de enfermería han evolucionado constantemente, gracias a diferentes personalidades que han contribuido al engrandecimiento de estos, pero sobretodo, por que estas personalidades se han preocupado de que los cuidados tengan un desarrollo profesional, intelectual y espiritual para preservar el objetivo "conservar y cuidar la vida de uno mismo, de otros y con otros".

Es importante recordar que el eje fundamental de la enfermería es el cuidado, por lo que se le debe de dar más énfasis a éste y no al tratamiento. Los cuidados están vinculados a la necesidad de garantizar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos con los cuales los cuidados se confunden, se refieren a la lucha contra la muerte causada por la enfermedad.

Es necesario transformar los sistemas de salud para que las enfermeras proporcionen verdaderos cuidados en lugar de aplicar tecnológicamente los tratamientos médicos, es decir, cambiar las rutinas que el personal de enfermería ejecuta en los hospitales por cuidados integrales, de ésta manera los tratamientos médicos también son resueltos. No hay que olvidar que el cuidar es una actividad cotidiana en nuestro ciclo de vida sin necesidad de profesión alguna.

2.2.2 CONCEPTO DE CUIDADO

El término de cuidado ha ido cambiando por lo que en el área de la salud encontramos diversos conceptos de acuerdo a su utilidad (cuidados de salud, cuidados de enfermería, etc.) y a la perspectiva del autor que los describa, es importante señalar que algunos de estos autores hacen referencia al "cuidar" como sinónimo de "cuidado". A continuación se mencionarán los conceptos de cuidado más relevantes, según el autor del presente.

Collier refiere que el cuidado es ante todo "un acto de vida...cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida" y además añade que el cuidar "es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo, es un acto...que tiende a darse a cualquier persona que, temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales."¹²

¹² COLLIÉRE, Marie Françoise. Op. cit. Pág.233 y 234.

“El cuidado de enfermería es el acto de cuidar la vida humana, integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida”¹³

Desde su enfoque en donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo Plannner refiere al cuidado como “un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar”.¹⁴

2.2.3. CONNOTACIONES DEL CUIDADO

Cada uno de nosotros empieza su vida siendo cuidado, donde todos esos cuidados que se proporcionan tienden a desarrollar progresivamente en la persona la capacidad de cuidarse y posteriormente ellos proporcionarán el cuidado, el cual puede ser reforzado por otras personas. Con lo anterior, podemos ver como en el proceso del cuidado, se habla de diferentes connotaciones, las cuales son: “cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros”, este verbo que expresamos bajo estas tres formas, no son más que la secuencia de los pasajes de la vida.

Cuidar de sí mismo. La enfermera para cuidar de otros, primero requiere de cuidar de sí misma, es decir, debemos aplicar nuestros conocimientos para identificar los problemas reales o potenciales a los cuales nos encontramos expuestos y trabajar sobre éstos con la finalidad de encontrarnos en óptimas condiciones para posteriormente poder brindar un cuidado.

Cuidar de otros. Siendo el cuidado el objetivo principal de la enfermería, la enfermera requiere reunir todos sus conocimientos y experiencias vividas para desarrollar habilidades y destrezas en el individuo de tal manera que satisfagan sus necesidades.

Colliere refiere el cuidar de sí mismo como todos esos actos que uno mismo se proporciona cuando se tiene autonomía, del mismo modo, el cuidar de otros es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda

¹³ HACKSPIELZ, María Mercedes. “Cuidado de enfermería”, Pág. 7.

¹⁴ MEDINA, José Luis, “La pedagogía del cuidado”, Pág. 36.

para asumir sus necesidades vitales.¹⁵

Cuidar con otros. En esta última connotación se hace referencia al trabajo en colaboración del personal de enfermería con otras disciplinas y miembros de la familia del sujeto para la resolución de las necesidades de salud de éste último.

En vista de que el cuidado se debe de brindar de manera integral, se puede recurrir a disciplinas más allegadas con la finalidad de brindar un servicio de salud de calidad, teniendo en cuenta los conocimientos de cada uno de ellos y el conjunto de las necesidades de cuidado.

Existen ciertas condiciones para una práctica interdisciplinaria las cuales son: comunicación, capacidad, responsabilidad, confianza y apoyo administrativo, es decir, cada uno sabe lo que hace el otro, el porqué, cuándo y cómo, cada profesional es responsable de la práctica brindada por lo que deben de asumir las decisiones y los actos que emanen de ella.

“Trabajar juntos significa que la enfermera y los profesionales de otras disciplinas se comprometan en alcanzar los objetivos de cuidados de salud ejerciendo su autonomía profesional, y con ello, reconociendo su interdependencia”¹⁶

2.2.4. EL PROCESO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Como se ha visto en apartados anteriores, la enfermería ha evolucionado a tal grado de convertirse en una profesión, por consiguiente y debido a ser su eje fundamental, los cuidados también sufren este cambio. Con la profesionalización de la enfermería los cuidados pasan del “hacer” al “pensar-hacer”, es decir, que muchas de las actividades que realizan por imitación o rutina con escasos o nulos conocimientos de éstos pasan a ser actividades fundamentadas teóricamente y ejecutadas de manera independiente.

El cuidado de enfermería es todo un proceso donde se transforman diferentes elementos con la ayuda de instrumentos para conseguir su objetivo, de esta manera, se puede brindar lo necesario para satisfacer o compensar la necesidad.

Los elementos para la elaboración del proceso de cuidado de enfermería son: los

¹⁵ Cfr. COLLIÉRE, Marie Françoise, Op.cit. Pág. 234.

¹⁶ KÉROUAC, Suzanne, et. Al. “El pensamiento enfermero”, Pág.93.

conocimientos, la tecnología, así como las creencias y valores sobre los que se basan los cuidados.

Los conocimientos. Estos tienen que ser adquiridos a través de la formación académica y en el ámbito profesional (experiencias vividas). Se debe considerar dos aspectos: las fuentes de conocimientos utilizadas y su modo de organización o utilización.

La primera fuente de conocimiento es la persona o grupo afectado, indispensable para el discernimiento y la puesta en práctica de los cuidados. Esta fuente debe ser estudiada de manera integral, observando y utilizando un lenguaje coloquial para poder darse a entender con los usuarios ya que de esta manera se logra obtener mayor información que con la utilización del interrogatorio.

Como segunda fuente de conocimiento encontramos distintos estilos de vida, libros, revistas, periódicos, películas, actividades artísticas, culturales y deportivas, o cualquier experiencia de otra persona o de nosotros mismos.

Es de suma importancia organizar los conocimientos para posteriormente utilizarlos, solo de esta manera pueden ser útiles y fungir como fuentes de desarrollo si recurrimos a ellos para enfrentar la experiencia actual (conocimiento-asimilación-utilización).

La tecnología. Es la forma de utilizar los instrumentos. Las tecnologías utilizadas por la enfermería son: el cuerpo, los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, la curación y la información.

- ❖ El cuerpo. Es el primer instrumento y el principal en los cuidados de enfermería, por lo que se requiere descubrir sus propiedades. Recurrimos al uso de nuestro cuerpo utilizando nuestros sentidos principalmente el tacto (por medio de este se transmiten los cuidados), así como el olfato, la vista y el oído; si éstos los logramos emplear a toda su capacidad lograremos detectar situaciones en la que se encuentre el usuario y poder brindarle el cuidado apropiado.
- ❖ El mantenimiento de la vida. Esta tecnología es muy amplia y como su nombre lo dice se enfoca a la utilización de instrumentos que ayuden a garantizar el mantenimiento

de la vida diaria, para lo cual se requiere de conocer los hábitos de vida del usuario del cuidado.

- ❖ **La curación.** En el ámbito hospitalario, los cuidados de enfermería han sido invadidos con la utilización de instrumentos y aparatos, lo que ocasiona que se suplan los cuidados de enfermería por la curación. El más grave error es el haber perdido “el saber por que”, es decir, el que se utilice cualquier instrumento para la curación exige un conocimiento exacto del por que se va a emplear, como éste instrumento va a funcionar y/o a intervenir en la problemática presentada por el individuo.
- ❖ **La información.** Los instrumentos de información se obtienen tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario. Este tipo de información debe de ser adquirida no solamente de los expedientes médicos ni de las hojas de enfermería, ya que como se mencionó anteriormente por medio de la entrevista se logra recopilar datos que reflejan otras necesidades o la influencia de ésta en su estado actual.

Todas las tecnologías que se utilizan en enfermería, se deben de fusionar para lograr un desempeño óptimo de los cuidados. De nosotras depende la capacidad de desarrollarlas, desempeñarlas y adaptarlas a otros conocimientos que influyan o tengan relación con el área de la salud, además de buscar alternativas que ayuden a la población a prevenir problemas de salud de una manera fácil y sencilla de aprender para ellos.

Creencias y valores. Las creencias son una forma de conocimiento integrado a partir de las costumbres. Determinan comportamientos y en base a estos se orientan los cuidados. Así mismo, las creencias se elaboran con respecto a lo que se considera como bueno o malo y se transmiten por herencia cultural. Tanto las costumbres como las creencias nacen de acuerdo al medio de vida del grupo y tienen el riesgo de desaparecer dependiendo de los conocimientos que se generen dentro del mismo. Una vez que nace la duda en las costumbres anteriores el nuevo conocimiento se transforma en creencia.

El valor es el grado de importancia y estimación social que se atribuye a las creencias, lo que hace que el grupo la proteja para así mantenerla.

Todo proceso de cuidados se incorpora en un sistema de creencias y valores de los que son

portadores tanto las personas cuidadas como los cuidadores. Por lo tanto es importante comprender las creencias, la forma en que se transmiten y se modifican, todo esto para tomar conciencia de la variedad de creencias y valores que pueden influir en la aplicación de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos.

2.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Antes del surgimiento del Proceso Atención de Enfermería los cuidados eran realizados según órdenes médicas y por lo tanto enfocados a la enfermedad y no a las necesidades de la persona.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) surge en el año de 1955 por Lydia Hall, desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes maneras. Orlando (1961) diferenciaba las fases del proceso en relaciones interpersonales; Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Cuatro años después, Knowles sugiere 5 etapas: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir más conocidas por sus siglas en inglés como las 5 "D" (discover, delve, decide, do and discriminate).

En ese mismo año la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) definió el proceso de enfermería como "la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluyen los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, así como la interrelación resultante. Las fases del proceso en ese entonces eran: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación".¹⁷

De igual manera la Universidad Católica de Norteamérica identificó la valoración, planificación, ejecución y evaluación como etapas del proceso. Bloch (1974), Boy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrolló entre los años de 1950 y 1960 aplicándose a los problemas o necesidades del paciente y no fue, sino, hasta 1973, cuando el

¹⁷ HERNANDEZ, C. J. Albert M. Esteban. Op. cit. Pág.128.

diagnóstico de enfermería se definió como conclusión o juicio de la valoración de enfermería.

En 1982 surge la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la cual ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas a partir de este año el proceso de enfermería se describe en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

2.3.2. CONCEPTO DEL P.A.E

El proceso atención de enfermería es una herramienta que sirve para organizar sus acciones en cuanto a la atención de la salud se refiere, dirigido al individuo, familia y/o comunidad. Es de importancia mencionar que el proceso de enfermería no solamente se puede desarrollar en estado de enfermedad y en el aspecto biológico, sino, también, al individuo sano en su ámbito familiar y comunitario.

De acuerdo con Rosalinda Alfaro, el proceso de enfermería "es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o potenciales"¹⁸

Las etapas que conforman el proceso difieren debido a que con frecuencia se interrelacionan y a veces se sobreponen, ya que se considera que el proceso puede estar formado por cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación, ya que el diagnóstico de enfermería se incluye en la valoración, mientras que los autores que consideran el proceso de cinco fases hacen ésta independiente de la valoración.

¹⁸ ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Pág.6.

2.3.3. ETAPAS DEL P.A.E

2.3.3.1. VALORACIÓN

2.3.3.1.1. CONCEPTO

Es la primera fase del proceso de enfermería y es definido como el proceso organizado, sistemático y dinámico de recogida y confirmación de datos sobre el estado del paciente, procedentes de diversas fuentes para analizar y establecer posteriormente conclusiones.

Es importante mencionar que todo el plan se sustenta en la información obtenida en esta etapa y que además la valoración es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. En la segunda fase se usa para validar el diagnóstico; durante la planeación y ejecución determina si la intervención de enfermería ha sido la correcta; y en la última fase (evaluación) determina los resultados de las estrategias de enfermería y evalúa el logro de los objetivos, de ahí la importancia de realizar una valoración exacta y completa.

2.3.3.1.2. OBJETIVOS

- ❖ Identificar problemas de salud presente o potencial, así como formas de ayuda para el logro de su máximo bienestar e independencia mediante acciones de enfermería.**

2.3.3.1.3. ETAPAS DE LA VALORACIÓN

1. Obtención y recolección de datos. Se logra a través de tres herramientas que son: la observación, el interrogatorio y la exploración física. Esta etapa esta dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permiten conocer y analizar lo que realmente le sucede al paciente, familia o comunidad.

2. Organización y análisis de la información. Una vez que la enfermera ha recopilado los datos a cerca del paciente, estos deberán organizarse y analizarse para interpretarlos y darles significado, de tal manera que permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado y por consiguiente culminar con el diagnóstico de enfermería.

2.3.3.1.4. TIPOS DE VALORACIÓN

Para realizar la base de datos se recurre a dos tipos de valoración de enfermería.

- ❖ **Valoración inicial (global).** Como su nombre lo dice es aquella que se realiza en la primera entrevista con el paciente y se recomienda la utilización de un instrumento de valoración (historia clínica de enfermería), para asegurarse de que se obtiene toda la información pertinente. En esta valoración debemos de buscar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y factores contribuyentes.

- ❖ **Valoración posterior (focalizada).** "La valoración focalizada se usa para reunir información específica a fin de determinar el estado de un problema real o potencial...es el principal método para la valoración continua",¹⁹ ya que al identificar un problema, se realizarán este tipo de valoraciones de manera periódica para monitorizar su estado. En esta valoración debemos de confirmar los problemas de salud que hemos detectado, analizar y comparar el progreso o retroceso del paciente, determinar la continuidad del plan de cuidados establecido y obtener nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

2.3.3.1.5. TIPOS DE DATOS

Los tipos de datos que se obtienen pueden ser clasificados de diferentes maneras siendo la principal y la más utilizada la siguiente:

- ❖ **Datos objetivos.** Son detectados por un observador por medio de sus cinco sentidos y analizados en un estándar aceptado. Por ejemplo, la coloración de la piel, cifras de tensión arterial, etc. Por tal motivo también son conocidos como signos.

¹⁹ Ibidem, Pág.32.

- ❖ **Datos subjetivos.** Son sentimientos y percepciones expresados por el propio paciente, por lo que únicamente el puede verificar los datos los cuales no son medibles. Por tal motivo también son llamados síntomas. La información obtenida por familiares, amigos y otros profesionales de la salud son considerados datos subjetivos si esta basada en una opinión más que en un hecho.

Otra forma es:

- ❖ **Datos históricos o antecedentes.** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, pautas de comportamiento, reacciones alérgicas, etc. Estos datos nos ayudan a ubicar los hechos en el tiempo.
- ❖ **Datos actuales.** Son datos sobre el problema de salud actual, tales como dolor, náuseas, cambios en la visión y los patrones de sueño, etc.

2.3.3.1.6. METODO DE OBSERVACIÓN

Es un método directo que utiliza la enfermera cuando recurre a los sentidos de la vista, olfato, oído y tacto; para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y de su entorno, así como de la interacción de estos.

La observación consiste en describir minuciosamente el estado del paciente, su entorno físico y psicoemocional. Este método debe iniciarse desde el primer contacto con el paciente y continuar durante todo el proceso. Los hallazgos encontrados mediante la observación deberán de ser confirmados o descartados.

La observación es una habilidad que requiere ser desarrollada desde la etapa de formación académica, por medio de este método se puede dar un diagnóstico presuntivo y planear cuidados de enfermería.

2.3.3.1.7. METODO DE ENTREVISTA CLÍNICA O INTERROGATORIO

“La entrevista es una técnica que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin; que es el de proporcionar atención personalizada; que el

paciente exprese sus ideas, sus sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo”²⁰

La entrevista es la herramienta o método principal para la recopilación de datos y puede aplicarse en la mayor parte de las fases del proceso de enfermería. Un ejemplo de la entrevista es la historia clínica de enfermería por medio de la cual obtenemos el mayor número de datos. La historia clínica tiene como objetivos:

- ❖ **Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.**
- ❖ **Establecer una buena relación enfermera-paciente.**
- ❖ **Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.**
- ❖ **Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.**
- ❖ **Evaluar un cambio.**

Existen dos tipos de entrevista:

- ❖ **Entrevista formal; consiste en una comunicación muy estructurada y con un propósito específico en la cual se realiza la historia clínica del paciente.**
- ❖ **Entrevista informal; es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente durante la realización de los cuidados por lo que es generadora de una buena comunicación entre éstos.**

2.3.3.1.8. METODO CLÍNICO O EXPLORACIÓN FÍSICA

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en que consiste y pedir permiso para efectuarlo. “La exploración física es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional.”²¹

Se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

²⁰ ROSALES, Susana, Eva Reyes G. Fundamentos de enfermería, Pág. 204.

²¹ Ibidem, Pág. 135.

- ❖ **Inspección.** “Es el examen visual cuidadoso y global del paciente para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).”
- ❖ **Palpación.** Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudan en la valoración.
- ❖ **Percusión.** Consiste en golpear con suavidad utilizando uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son sordos (aparecen cuando se percuten músculos o huesos); mates (sobre hígado y bazo); hipersonoros (aparecen cuando percutimos sobre el pulmón lleno de aire) y timpánicos (al percutir algún órgano lleno de aire). Estos sonidos nos ayudan a determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura y determina la cantidad de aire o material sólido de un órgano.
- ❖ **Auscultación.** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

La exploración física se puede realizar de manera céfalo-caudal (de cabeza a pies) o por aparatos y sistemas, es de importancia mencionar que la información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que se utilicen. Así mismo esta fase se complementa con los resultados obtenidos de los exámenes de laboratorio y/o gabinete.

2.3.3.1.9. FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS

Las fuentes pueden ser primarias o secundarias. El cliente es la fuente primaria, mientras que todas aquellas personas o documentos a los que se pueden tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente son consideradas como fuentes secundarias.

Fuente primaria. El cliente se considera como fuente principal puesto que proporciona datos

subjetivos que nadie puede dar en su lugar, a menos que sea muy pequeño, se encuentre inconsciente o desorientado, o bien que padezca alguna enfermedad que impida la comunicación con éste.

Fuente secundaria. Son considerados los familiares, amigos, profesionales de salud, bibliografía y otros registros.

- ❖ **Familiares y amigos.** Son fuente importante de datos en los casos en que el paciente es un niño de corta edad, se encuentra inconsciente o desorientado. En casos donde el paciente es un adulto, los allegados proporcionan información ya sea para completar o verificar la dada por éste.
- ❖ **Otros profesionales de la salud.** Son fuentes de información sobre el estado del paciente a través de sus contactos previos o actuales.
- ❖ **Bibliografía.** El recurrir a libros y revistas profesionales proporcionan información adicional a la base de datos.
- ❖ **Otros registros.** Entre estos se encuentra la historia clínica de enfermería y los resultados laboratorio, siendo éstos un control de la eficacia de las medidas de enfermería y la historia.

2.3.3.2. DIAGNOSTICO

2.3.3.2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

El término de diagnóstico de enfermería se utilizó por primera vez en los años cincuenta. En 1960 se realizó la primera clasificación la cual fue usada en los planes de estudio de esta época donde se identificaban 21 problemas clínicos de los pacientes. Diez años después surge la necesidad de desarrollar una terminología que describiera los problemas de salud detectados por el personal de enfermería lo que da inicio a una serie de conferencias dedicadas a desarrollar y clarificar los diagnósticos enfermeros.

2.3.3.2.2. CONCEPTO

Esta es la segunda etapa del proceso, aunque algunos la consideren como la fase final de la valoración ya que se establecen conclusiones relativas a los datos que se recogieron y analizaron.

El diagnóstico de enfermería no debe confundirse con los de otras profesiones, principalmente del área médica, ya que “la diferencia surge de la perspectiva de cada profesión respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en el campo de su competencia. El diagnóstico de enfermería se basa en necesidades o problemas, es individualizado y específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida.”²²

El diagnóstico de enfermería ha recibido diversas definiciones de las cuales concluyo que éste es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a sus problemas reales o potenciales de salud las cuales pueden modificarse por la intervención de la enfermera (o) con el objetivo de resolverlos o disminuirlos, todo esto es posible si la valoración se realiza de manera correcta.

2.3.3.2.3. OBJETIVOS

Están dirigidos a detectar:

- ❖ Problemas de salud reales o potenciales.
- ❖ Las causa subyacentes en los problemas de salud.
- ❖ Estados de salud que son satisfactorios pero que podrían ser mejorados.

2.3.3.2.4. ETAPAS DEL DIAGNOSTICO

1. Interpretación de los datos.

a. Organización de los datos. Suele recurrirse a una estructura útil para su acceso, los modelos teóricos facilitan la organización de los datos. En este caso la organización será priorizando los problemas detectados.

²² ROSALES, Susana, Eva Reyes G. Op. Cit. Pág. 210.

b. Comparación de los datos frente a los estándares. Se recurre a comparar los datos con las cifras normales, el conocimiento obtenido y la experiencia pasada.

c. Agrupar los datos (generar hipótesis de presunción). Determina la relación entre los hechos. Se debe tener en cuenta las categorías diagnósticas.

d. Identificar las lagunas e inconsistencias de los datos. Las lagunas son la información perdida y las inconsistencias son datos en conflicto necesarias para determinar el patrón de los datos.

2. Determinación de los problemas de salud, riesgos sanitarios y signos favorables del cliente. Aquí es donde la enfermera toma decisiones e identifica los problemas de salud reales o potenciales para su intervención.

3. Formulación de los diagnósticos de enfermería. En esta etapa final, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores relacionados con ellos por ejemplo: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Se suele consultar los diagnósticos de la NANDA y los factores causales se obtienen a partir de los datos.

2.3.3.2.5. FORMATO PES

Existen tres componentes esenciales para enunciar los diagnósticos de enfermería, a lo cual conocemos como formato PES.

P = Son los términos que describen el problema. Este componente conocido como la etiqueta o título de categoría diagnóstica, es una descripción del problema real o potencial de salud del individuo, familia o comunidad. El estado de salud se describe de forma concisa.

E = Refiere a la etiología del problema. Este componente identifica la causa (as) probables del problema de salud, lo cual servirá de guía para el cuidado de enfermería.

S = Son los signos y síntomas principales, los cuales deben estar presentes para validar el diagnóstico.

2.3.3.2.6. DIAGNOSTICOS ACEPTADOS POR LA NANDA

- ❖ **Afrontamiento defensivo.**
- ❖ **Afrontamiento familiar inefectivo comprometido.**
- ❖ **Afrontamiento familiar inefectivo potencial de desarrollo.**
- ❖ **Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante.**
- ❖ **Afrontamiento individual ineficaz.**
- ❖ **Aislamiento social.**
- ❖ **Alteración de la eliminación urinaria.**
- ❖ **Alteración de la membrana mucosa oral.**
- ❖ **Alteración de la nutrición por defecto.**
- ❖ **Alteración de la nutrición por exceso.**
- ❖ **Alteración de la percusión mística (especificar, renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).**
- ❖ **Alteración del crecimiento y desarrollo.**
- ❖ **Alteración de los patrones de sexualidad.**
- ❖ **Alteración de los procesos de pensamiento.**
- ❖ **Alteración de los procesos familiares.**
- ❖ **Alteración del patrón de sueño.**
- ❖ **Alteración en el desempeño del rol.**
- ❖ **Alteración en el mantenimiento de la salud.**
- ❖ **Alteración parenteral.**
- ❖ **Alteración de la nutrición por exceso.**
- ❖ **Alteración potencial parenteral.**
- ❖ **Alteraciones senso-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, inestéticas, gustativas, táctiles, olfatorias).**
- ❖ **Ansiedad.**
- ❖ **Conductas generadoras de salud (especificar).**
- ❖ **Conflicto del rol parenteral.**
- ❖ **Conflicto en la toma de decisiones.**
- ❖ **Déficit de actividades recreativas.**
- ❖ **Déficit de autocuidado: alimentación.**
- ❖ **Déficit de autocuidado: baño/higiene.**

- ❖ Déficit de autocuidado: uso orinal/WC.
- ❖ Déficit de autocuidado: vestirse/acicalarse.
- ❖ Déficit de autoestima crónico.
- ❖ Déficit de autoestima situacional.
- ❖ Déficit de conocimientos (especificar).
- ❖ Déficit de volumen de líquidos.
- ❖ Déficit potencial de volumen de líquidos.
- ❖ Desatención unilateral.
- ❖ Desesperanza.
- ❖ Deterioro de la deglución.
- ❖ Deterioro de la integración cutánea.
- ❖ Deterioro de la integridad social.
- ❖ Deterioro del intercambio gaseoso.
- ❖ Deterioro potencial de la integridad cutánea.
- ❖ Diarrea.
- ❖ Dificultad para el mantenimiento del hogar.
- ❖ Disfunción sexual.
- ❖ Disminución del gasto cardiaco.
- ❖ Disreflexia.
- ❖ Dolor.
- ❖ Dolor crónico.
- ❖ Duelo.
- ❖ Duelo anticipado.
- ❖ Duelo disfuncional.
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Estreñimiento crónico.
- ❖ Estreñimiento subjetivo.
- ❖ Exceso de volumen de líquidos.
- ❖ Fatiga.
- ❖ Hipertermia.
- ❖ Hipotermia.
- ❖ Impotencia.
- ❖ Incontinencia fecal.
- ❖ Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- ❖ Incontinencia urinaria de urgencia.
- ❖ Incontinencia urinaria funcional.

- ❖ Incontinencia urinaria refleja.
- ❖ Incontinencia urinaria total.
- ❖ Intolerancia a la actividad.
- ❖ Lactancia materna ineficaz.
- ❖ Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- ❖ Negación ineficaz.
- ❖ No seguimiento del tratamiento (especificar).
- ❖ Patrón respiratorio ineficaz.
- ❖ Potencial alteración de la temperatura corporal.
- ❖ Potencial de asfixia.
- ❖ Potencial de aspiración.
- ❖ Potencial de infección.
- ❖ Potencial de intoxicación.
- ❖ Potencial de lesión.
- ❖ Potencial de traumatismo.
- ❖ Potencial de violencia, autolesiones, lesiones a otros.
- ❖ Potencial intolerancia a la actividad.
- ❖ Respuesta postraumática.
- ❖ Retención urinaria.
- ❖ Síndrome de desuso potencial.
- ❖ Síndrome traumático de violación.
- ❖ Síndrome traumático de violación: reacción compuesta.
- ❖ Síndrome traumático de violación: recreación silente.
- ❖ Sufrimiento espiritual.
- ❖ Temor.
- ❖ Termorregulación ineficaz.
- ❖ Trastorno de adaptación.
- ❖ Trastorno de autoestima.
- ❖ Trastorno de comunicación.
- ❖ Trastorno de la comunicación verbal.
- ❖ Trastorno de la identidad personal.
- ❖ Trastorno de la imagen corporal.
- ❖ Trastorno de la movilidad física.

2.3.3.3. PLANEACIÓN

2.3.3.3.1. CONCEPTO

Es la tercera etapa del proceso en la cual se elaboran estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento de su salud.

2.3.3.3.2. OBJETIVOS

- ❖ Lograr oportunamente los resultados esperados.
- ❖ Detectar y prevenir nuevos problemas de salud.
- ❖ Promover al máximo el bienestar y la independencia.

2.3.3.3.3. ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

El número de etapas varía de acuerdo al autor pero todos ellos tienen un punto común con respecto al tema por lo que me lleva a establecer las siguientes etapas:

1. **Establecimiento de prioridades.** Se establece un orden a los problemas de salud según la importancia. Pese a que se establecen prioridades los problemas tratan de resolverse de manera simultánea.
2. **Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.** Los objetivos son necesarios para conocer lo que se desea lograr además de ser útiles en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días. Por lo general, los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, rehabilitación y a la educación sanitaria, esto debido a que requieren de un tiempo más prolongado.
3. **Desarrollo de intervenciones de enfermería.** Es uno de los puntos más importantes de

todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan se confirmara la validez y eficacia del mismo.

4. Redacción del plan de cuidados. Finalmente las decisiones tomadas durante la planificación deben ser precisadas en el plan de cuidados el cual es el instrumento que dirige de forma ordenada y continua las actividades de la enfermera por tal motivo se considera como el núcleo o centro del proceso de atención de enfermería, ya que en el se plantean los diagnósticos, objetivos, acciones encaminadas al logro de estos últimos y las respuestas a los problemas de salud del paciente.

Para fines del presente trabajo se seleccionó el siguiente formato. Ver anexo #1.

2.3.3.4. EJECUCIÓN

2.3.3.4.1. CONCEPTO

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.²³

2.3.3.4.2. OBJETIVOS

- ❖ Valorar la disponibilidad para actuar.
- ❖ Actuar-revalorar para determinar las respuestas iniciales.
- ❖ Hacer los cambios inmediatos que sean necesarios.

2.3.3.5. EVALUACIÓN

2.3.3.5.1. CONCEPTO

Es la fase final pero continua del proceso de enfermería. La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud en relación a la acción

²³ KOZIER, Bárbara. et.al. Op. cit. Pág.244.

planificada así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo por que se realiza en cada uno de los componentes del proceso y terminal por que se valora el grado en que se ha logrado alcanzar los objetivos y si las intervenciones de enfermería deben terminarse, revisarse o cambiarse.

2.3.3.5.2. OBJETIVOS

- ❖ Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- ❖ Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

2.4. PUERPERIO

2.4.1. CONCEPTO DE PUERPERIO

Es el periodo que abarca desde la expulsión del recién nacido hasta cuando el cuerpo de la mujer vuelve a un estado similar a aquél que gozaba antes del embarazo. Este periodo oscila entre 6 y 8 semanas. Incluye los cambios progresivos de los senos para la lactancia así como la involución de los órganos internos de la reproducción.

2.4.2. CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO

Para fines prácticos el puerperio se divide en:

- ❖ Puerperio inmediato. Abarca las primeras 24 horas posteriores al parto.
- ❖ Puerperio mediato o intermedio. Este periodo oscila desde el segundo día posparto hasta el octavo.
- ❖ Puerperio tardío. Abarca desde el noveno día hasta cumplir los cuarenta días posparto.

2.4.3. CAMBIOS ANATÓMICOS Y SISTEMICOS

Estos cambios ocurren en todo el organismo de la paciente y se presentan en sentido inverso en relación al embarazo. Para su estudio se dividen en cambios anatómicos o locales (útero, ovarios y glándulas mamarias) y cambios sistémicos o generales.

2.4.3.1. CAMBIOS ANATÓMICOS

Cambios uterinos. El principal cambio que surge en el útero durante el puerperio es la involución lo que se define como el resultado de las contracciones uterinas, la disminución del tamaño de las células miometriales individuales y los procesos autolíticos.

Los entuertos son las contracciones uterinas intermitentes de intensidad variable que contribuyen a la involución del útero. Estos se presentan con mayor regularidad en múltiparas debido a que el tono uterino se encuentra disminuido como consecuencia de los embarazos anteriores. En las primíparas el tono uterino aumenta y la musculatura permanece en un estado de contracción tónica y retracción; por este motivo las primíparas en general no experimentan entuertos.

Los entuertos también se presentan al alimentar al seno materno, pues el estímulo de succión libera oxitocina causando la contracción de los conductos lácteos de los senos y su consecuente producción de calostro o leche, así como la contracción de los músculos uterinos. Los entuertos también suelen presentarse durante la expulsión de coágulos de la cavidad uterina.

Por lo general, después del parto, el fondo uterino se encuentra a nivel de la cicatriz umbilical y 12 horas después se puede palpar 1cm por arriba de ésta. Posteriormente el fondo uterino desciende 1cm (un través de dedo) diario, hasta el décimo día donde el útero vuelve a la cavidad pélvica donde ya no es palpable. Ver anexo # 2.

La separación de la placenta y las membranas de la pared uterina se produce en la porción externa de la capa esponjosa de la decidua, los restos de esta se diferencia en dos capas: en la más profunda (unida a la pared muscular), se genera un nuevo recubrimiento del endometrio; la capa superficial, es decir, la cercana a la cavidad uterina se necrosa y se expulsa en forma de loquios.

“En el sitio placentario se produce constricción y oclusión de los vasos sanguíneos subyacentes. Gracias a esto se efectúa la hemostasia (para controlar la hemorragia posparto)

y puede producir necrosis del endometrio".²⁴

La regeneración endometrial es completa al final de la tercera semana posparto a excepción del sitio placentario el cual requiere de cinco a seis semanas para su recuperación, el mismo tiempo necesario para que el útero recupere su tamaño normal (involución) aunque nunca regrese a su estado nulíparo.

Los loquios están formados en su mayoría de sangre y una pequeña cantidad de mucosidad, partículas de decidua y desperdicios de células que escapan del sitio placentario. No deben contener coágulos grandes ni restos de membrana amniótica, ni producirse en cantidad excesiva. Ver anexo # 3.

Durante los primeros dos o tres días los loquios son sanguinolentos por lo que se le denomina rojos o rubros; del cuarto al octavo día disminuye el escurrimiento sanguíneo de la superficie en cicatrización por lo que los loquios se observan de color más claro (rosáceo) o más oscuros a lo que se le llama loquios serosos o serohemáticos; posteriormente disminuyen en cantidad y se tornan blancuzcos, amarillentos o incoloros (loquios serosos) y desaparecen después de la tercera semana.

Las paredes vaginales, los ligamentos uterinos, los músculos del piso pélvico y la pared abdominal recuperan la mayor parte del tono durante el puerperio.

Ovarios. Los cambios hormonales se presentan de manera súbita e inmediatamente después del parto. Las concentraciones de estrógenos y progesterona disminuyen a las cifras del estado no gestante en plazo de una semana debido a que la placenta deja de estar presente para la producción de estas hormonas. La concentración de prolactina se incrementa de manera considerable durante la primera semana, sobre todo en aquellas mujeres que amamantan a sus hijos, conservándose elevada durante el tiempo que dure la lactancia.

Se reactiva el ciclo normal hipotálamo-pituitario-ovárico de la mujer. Las cifras de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) son bajas entre los primeros 10 y 12 días del puerperio para posteriormente aumentar hasta alcanzar las concentraciones de la fase folicular en la tercera semana. El estrógeno alcanza los índices de la fase folicular en unas tres semanas en mujeres que no alimentan al seno, pero toma más tiempo en aquellas que si lo hacen.

²⁴ REEDER, Sharon, et.al. Enfermería materno-infantil, Pág.599.

El tiempo en que se presente la primera ovulación y menstruación posparto depende si la mujer alimenta al seno o no, esto debido a que el aumento de la prolactina durante la lactancia inhibe la ovulación. Es de suma importancia tener en cuenta que la presencia de menstruación no necesariamente es sinónimo de ovulación ya que la presencia de éste último varía de manera considerable, de ahí la importancia de iniciar de manera inmediata el uso de algún método anticonceptivo. La base de la amenorrea después del parto aún no se comprende en su totalidad.

El regreso de las gonadotropinas a sus concentraciones normales se produce sin importar si la mujer alimenta al seno, aunque se ha comprobado que el regreso de los niveles normales de los estrógenos se retrasa por la lactancia. En consecuencia se deduce que la lactancia produce un estado refractario temporal en los ovarios.

REGRESO DE LA MENSTRUACIÓN

	Tiempo promedio para que se produzca la primera ovulación (semanas)	Tiempo promedio para que se produzca la primera menstruación (semanas)
Mujeres que no alimentan al seno	10.2	7-9 ±
Mujeres que alimentan al seno	17.0* 28.0 τ	30-36 ξ

* Que alimentan al seno durante tres meses.

REEDER, Sharon. Enfermería materno-infantil, Pág.603.

τ Que alimentan al seno durante seis meses.

± La primera menstruación en general es anovulatoria.

ξ Depende del tiempo que dure la lactancia.

Glándulas mamarias. Las glándulas mamarias comienzan a experimentar cambios desde el embarazo esto con la finalidad de prepararlos para la lactancia. Todas las estructuras de la glándula mamaria se ven estimuladas y desarrolladas por la presencia de estrógenos y progesterona secretadas por la placenta, así como la prolactina (pituitaria anterior), el cortisol

(glándulas suprarrenales maternas), el lactógeno placentario humano (hPL) y la insulina. La lactancia se inhibe durante el embarazo debido a la presencia de altas concentraciones de hormonas secretadas por la placenta, con la expulsión de esta y la subsecuente disminución de sus hormonas inicia la lactancia.

En el siguiente apartado se hablará con mayor amplitud de este tema.

2.4.3.2. CAMBIOS SISTÉMICOS

Aparato cardiovascular. Ver anexo # 4.

Los glóbulos rojos durante el embarazo llegan al final de su vida por lo que la cantidad de estos llegan a sus niveles normales. Los factores de la coagulación que también se producen en dicha etapa (I, II, VIII, IX, X) continúan de manera extensa en el puerperio para posteriormente disminuir a sus cifras normales, a excepción del fibrinógeno y la tromboplastina los cuales continúan elevados hasta el final de la tercera semana posparto. Este aumento de los factores de la coagulación puede interactuar con la inmovilidad, la sepsis o los traumatismos y predisponer a las mujeres a tromboembolias durante el puerperio.

Aparato respiratorio. Durante el puerperio inmediato desaparece la disnea mecánica que por compresión abdominal se manifiesta durante el último trimestre del embarazo.

Los cambios de la presión abdominal y de la capacidad en la caja torácica causan aumentos del volumen residual, de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno. Asimismo disminución de la capacidad de inspiración, de la capacidad vital y de la capacidad respiratoria máxima. Hasta la sexta semana posparto el volumen y la capacidad pulmonar regresan a su nivel del estado no gestante. Sin embargo, en este tiempo las mujeres tienen respuestas menos eficaces al ejercicio.

Sistema urinario. La mucosa de la vejiga muestra grado variable de edema e hiperemia con reducción del tono, lo que produce una menor percepción ante el aumento de presión, aumento de capacidad, sobredistensión con incontinencia por retención excesiva y vaciado incompleto de la vejiga.

En este periodo es frecuente que se produzca distensión y retención urinaria lo que produce

incomodidad y predispone a infecciones, pero con un correcto vaciado de la vejiga, el tono se recupera en 5 o 7 días.

Los cambios en el volumen sanguíneo y de índices hormonales afectan la diuresis en el puerperio, la tasa de filtración glomerular y los electrolitos séricos. La tasa de filtración glomerular permanece alta en la primera semana del puerperio y se combina con el aumento del volumen sanguíneo para producir un aumento notable en la diuresis (3000 ml al día). De igual manera se pierden líquidos de los tejidos del cuerpo que en combinación con los cambios de involución, contribuyen a una reducción aproximada de 4kg de peso.

Los uréteres y la pelvis renal permanecen dilatados después regresando a la normalidad al cabo de 3 a 6 semanas aunque en ocasiones puede tardar hasta 12 semanas.

Aparato digestivo. La mayor parte de las mujeres tienen mucha sed y hambre en los primeros días del puerperio, debido a que estos se restringen durante el trabajo de parto. Poco después del parto deben iniciar una dieta líquida para posteriormente pasar a una blanda y finalizar con una normal.

Es común que la mujer padezca estreñimiento en este periodo debido a los cambios y acciones efectuadas durante el embarazo (relajación intestinal o íleo adinámico y distensión de los músculos abdominales) y trabajo de parto (restricción de alimentos y líquidos, administración de medicamentos, previa aplicación de enema). La evacuación intestinal puede retrasarse de 2 a 3 días posparto.

La pérdida total del peso es de aproximadamente 10kg repartidos de la siguiente manera: De 5.5 a 6kg correspondiente al peso del feto, placenta, líquido amniótico y sangre. De 4 a 4.5kg por la involución uterina, loquios, sudoración y diuresis de la primera semana del puerperio.

Sistema neuromuscular. La sensación de adormecimiento en los muslos por la compresión de los nervios contra la pared pélvica o por debajo del ligamento inguinal durante el embarazo desaparece a medida que se alivia la presión mecánica que produce el útero de gran tamaño y la presión a causa de la retención de líquidos. Independientemente de la causa los calambres en las piernas mejoran después del parto.

La relajación relativa y el aumento de movilidad de las articulaciones pélvicas desaparecen

regresando la estabilidad que tenían antes del embarazo.

Se mejora la lordosis lumbar y la cifosis dorsal compensatoria, sin embargo, el aumento en el tamaño de los senos, la tensión al levantar al recién nacido y el debilitamiento de los músculos de la pared abdominal contribuyen a una mala postura.

Sistema tegumentario. La cantidad de melanina comienza a disminuir y con ella la pigmentación de pezones, areolas y línea morena sin llegar a recuperar su coloración previa al embarazo. Lo mismo sucede con el cloasma.

La eliminación de productos de desechos se lleva a cabo por medio de la sudoración que con frecuencia se producen por la noche y desaparecen con el paso del tiempo y sin tratamiento alguno.

Temperatura. En general la temperatura debe permanecer dentro de parámetros normales. Se considera estado febril cuando la temperatura corporal se encuentra por arriba de los parámetros normales en dos periodos consecutivos a excepción de las primeras 24hrs posparto.

La elevación de la temperatura corporal es indicativo de inflamación linfática y vascular de los senos, o bien, la presencia de proceso infeccioso, para lo cual es necesario auscultar con la frecuencia cardiaca la cual aunada con la hipertermia es un dato franco de presencia de proceso infeccioso principal complicación en el puerperio.

2.4.4. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

Las complicaciones del puerperio están relacionadas con los procesos infecciosos. Sin embargo, entre las complicaciones más comunes se encuentran las infecciones del sistema genital, urinario y las mamas; hemorragia inmediata o tardía, y trastornos embólicos y trombóticos.

Sepsis puerperal. Consiste en la presencia de fiebre de más de 38°C en dos o más registros sucesivos después de las primeras 24hrs y durante los primeros 10 días posparto,

acompañada o no de secreción fétida por vía vaginal o herida quirúrgica (abdominal o perineal).

Mastitis puerperal La mastitis puerperal es una infección del tejido glandular de la mama que ocurre por la presencia de grietas en el pezón o la areola. Por lo general es unilateral. La mayoría de quienes la padecen son primíparas.

Complicaciones hemorrágicas. La hemorragia puerperal se presenta alrededor del 5 al 10% de los partos vaginales y es causa importante de mortalidad materna. La hemorragia puerperal es causada por atonía uterina o retención de fragmentos placentarios.

Complicaciones tromboembólicas. La trombosis venosa es la formación de un coágulo el cual se adhiere a la pared de una vena por lo general en piernas o pelvis, cuando además existe infección en la pared vascular (tromboflebitis) se tiene el riesgo de que el trombo se desprenda de esta (émbolo) depositándose en capilares ocasionando embolia.

2.5. LACTANCIA MATERNA

2.5.1. CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un proceso fisiológico por medio del cual la madre le entrega a su hijo el alimento más importante e irremplazable en sus primeros meses de vida; la leche materna. El término de lactancia se refiere al tiempo o periodo de secreción y expulsión de la leche por las glándulas mamarias.

2.5.2. ANATOMIA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS

Las glándulas mamarias se encuentran sobre el músculo pectoral mayor y el serrato anterior unidas a ellos por una capa de tejidos conectivos y sostenidos por el ligamento de Cooper. Cada glándula mamaria esta formada de 15 a 20 lóbulos aproximadamente. El volumen mamario depende de la cantidad de tejido adiposo y no guarda ninguna relación con su capacidad funcional. En cada lóbulo se encuentran otros compartimentos llamados lobulillos, donde se encuentran las glándulas secretoras de la leche las cuales se conocen como alvéolos

dispuestos en forma de racimos de uvas. Los alvéolos expulsan la leche hacia una serie de túbulos secundarios. Desde aquí la leche pasa hacia los conductos mamarios.

Conforme los conductos mamarios se aproximan al pezón muestran un pequeño engrosamiento formando senos galactóferos donde se almacena la leche. Estos últimos continúan como conductos galactóferos hasta llegar al pezón. El área circular pigmentada que rodea al pezón se llama areola. Ver anexo # 5.

2.5.3. FISILOGIA DE LA LACTANCIA

Aproximadamente seis hormonas intervienen en el desarrollo de las glándulas mamarias y la lactancia. La prolactina prepara a los senos para la lactancia mediante el aumento de tamaño, número y complejidad de los conductos y alvéolos durante el embarazo. Al progresar el embarazo, la prolactina estimula la secreción de las células alveolares mamarias, y el estrógeno y la progesterona estimulan el crecimiento de los conductos y los alvéolos, pero estos dos inhiben paradójicamente la secreción de leche.

Tras la expulsión de la placenta la concentración de estrógenos y progesterona descienden bruscamente, no así la prolactina. Por lo tanto, la síntesis y secreción de leche se inicia cuando se eliminan los efectos inhibidores de estrógenos y progesterona.

La glándula mamaria tiene dos funciones: la lactogénesis y la eyección de la leche.

La lactogénesis es la producción de la leche la cual no requiere de la succión del lactante para que se inicie. Sin embargo es necesario el amamantamiento para que continúe la producción.

La secreción de leche se inicia en la base de las células alveolares en donde se forman pequeñas gotitas que después migran a la membrana celular y son llevadas a los conductos alveolares para su almacenamiento. Ver anexo #5.

El reflejo de eyección de leche o de bajada de leche es el proceso por el cual la contracción de las células del mioepitelio en los senos impulsa la leche a lo largo de los conductos hacia los senos galactóferos. Estos senos están ubicados por debajo de la areola y el lactante retira la leche al succionar. Un reflejo neurohormonal controla la expulsión de leche y trabaja por

medio de las vías aferentes nerviosas hacia el hipotálamo.

La succión es el principal estímulo aferente, pero el reflejo de expulsión puede activarse por estímulos auditivos o visuales (llanto y observar al niño). La rama eferente de esta vía es hormonal, por que la oxitócica que se libera en la pituitaria posterior produce contracción de las células mioepiteliales de los senos.

La leche contenida en la mama se vacía gracias al reflejo neurohormonal de eyección de la leche. El reflejo de eyección láctea se inicia con la estimulación del pezón, el cual asciende por la vía vagal hasta el hipotálamo donde se transforma en una descarga de oxitócina, la cual una vez en la circulación actúa en las células mioepiteliales provocando la eyección láctea. Ver anexo # 6.

La actividad de la oxitocina sobre el músculo liso hace que el reflejo de eyección de la leche se acompañe de contracciones uterinas interpretadas por la madre como cólicos (entuerzos) y en algunas ocasiones como una sensación placentera similar al orgasmo.

A finales del embarazo, la glándula mamaria secreta calostro (líquido amarillo y delgado) el cual persiste hasta los primeros días posparto. El calostro es una secreción rica en grasa con efecto laxante sobre el producto y proporciona anticuerpos (inmunidad pasiva), posteriormente la secreción se vuelve blancuzca y se eleva la cantidad de la misma.

La leche materna varía de manera notable en calidad y cantidad, no solo entre diferentes personas, sino en la misma persona en diferentes momentos. La cantidad de leche materna se ajusta gradualmente en relación a lo que el niño consume durante una tetada. La cantidad de leche depende de varios factores, como la dieta de la madre, la actividad física y reposo, así como su estado emocional.

2.5.4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL AMAMANTAMIENTO

VENTAJAS

- ❖ Económico.
- ❖ Se dispone de ella con facilidad, ya que no requiere de preparación alguna.
- ❖ Se encuentra a la temperatura apropiada, libre de contaminación bacteriana.
- ❖ Tiene los nutrientes adecuados y balanceados que el recién nacido necesita durante

los primeros meses de vida (excepto vitamina D, hierro y fluoruro).

- ❖ La leche materna es digerible. Al tomarla, el recién nacido presenta menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas en comparación con aquellos alimentados con fórmula.

- ❖ Transmite factores inmunológicos al niño, que constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- ❖ El recién nacido tiende menos a la obesidad.
- ❖ El bebe evacua tempranamente gracias al efecto laxante del calostro.
- ❖ Favorece el lazo afectivo entre madre-hijo, debido a que constituye un acto de amor y aceptación materna.
- ❖ Manifiesta efectos positivos sobre la madre tales como:
 1. Anticoncepción.
 2. Disminución de la hemorragia posparto.
 3. Disminuye la incidencia de osteoporosis.
 4. Protege contra el cáncer mamario.
 5. Disminuye los efectos secundarios del DIU.
 6. Acelera la involución uterina sin recurrir a la administración de oxitócicos.

DESVENTAJAS

- ❖ Hasta ahora no se conoce ninguna desventaja, excepto la molestia física que representa la succión para la madre.

2.5.5. ENSEÑANZA DEL AMAMANTAMIENTO

- ❖ Lavarse las manos antes de alimentar al neonato para ayudar a evitar infecciones.
- ❖ Adoptar una posición cómoda (sentada con la espalda recta, sentada como sastre o recostada).
- ❖ Sostener a su hijo de tal forma que éste pueda verla. Las posiciones comunes para sostener al bebé son “acunado en los brazos” donde la cabeza y el cuerpo del bebé quedan sostenidos en el brazo de la madre, con las nalgas sobre su mano; el de “balón o sandía” en que las piernas del bebé quedan bajo el brazo de la madre mientras que la cabeza y el seno lo hacen en la mano de la madre; recostada de lado con el recién nacido también acostado y viendo a la madre.



- ❖ Acercar al pequeño para evitar distensión y el subsecuente dolor muscular de espalda, hombros y brazos.
- ❖ Sostener el seno con su mano en posición "C" con la parte inferior del seno en la palma y el pulgar en la parte superior.



- ❖ Colocar el pezón en la boca del lactante, y cuando éste la abra guiar el pezón y la areola hacia ella. Vigilar que el pezón y la mayor parte de la areola estén dentro de la boca del lactante.
- ❖ Cuando retire al niño de su pecho introduzca su dedo meñique en la comisura bucal de su bebe, esto rompe la succión evitando lesiones en el pezón.



- ❖ **Alterne el seno cada vez que inicie la alimentación, asegure el vaciamiento de ambos senos y estimúelos para mantener el descenso leche.**
- ❖ **Alimentar al seno a libre demanda.**
- ❖ **Aplique unas gotitas de su leche después del amamantamiento y deje secar al aire libre para evitar traumatismos.**
- ❖ **Haga eructar al lactante al termino o a la mitad de la alimentación para ayudarlo a expulsar el aire deglutido durante el amamantamiento así quedara menos inquieto. Para esto recargue al recién nacido en el hombro de forma vertical para dar ligeras palmadas en la espalda.**

RECOMENDACIONES

- ❖ **Baño diario con cambio de ropa.**
- ❖ **Alimentación balanceada.**
- ❖ **Beba dos litros de agua al día.**
- ❖ **Procure estar cómoda y relajada en el momento del amamantamiento.**
- ❖ **Si el bebe duerme demasiado y la leche se acumula despiértelo para amamantarlo.**
- ❖ **No le de otros líquidos u otro alimento hasta el cuarto o sexto mes de vida.**
- ❖ **Evitar tomar medicamentos, pues muchas sustancias son secretadas por la leche materna lo cual afecta su producción y al.**

2.5.6. COMPLICACIONES MAMARIAS DURANTE LA LACTANCIA

Grietas o fisuras. Esta complicación es muy frecuente y más intensa en las primigestas. Consiste en la presencia de hendiduras en el pezón, que en ocasiones se ulceran y producen dolor muy intenso cada vez que se amamanta. Dichas hendiduras constituyen vías de entrada de gérmenes que desarrollan mastitis.

Mastitis. Este padecimiento se manifiesta por la inflamación piógena de la mama, puede ser infección glandular (mastitis) o extraglandular (paramastitis). Puede tener punto de partida local o ser secundario a una grieta del pezón. La propagación de la infección es directa o por vía linfática y puede producir un absceso mamario.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. METODOLOGÍA

El presente estudio de caso clínico se realizó a una usuaria del Hospital General Milpa Alta durante su estancia en el servicio de hospitalización del área Gineco-Obstetricia y posteriormente en su domicilio por medio de visitas; este periodo abarca del 28 de marzo al 30 de mayo del 2005.

Durante la etapa de valoración se recurrió a la señora Chávez como fuente principal para la obtención de datos además del uso de instrumentos como fuente secundaria tales como el expediente clínico y hojas de registro de enfermería, así como fuentes bibliográficas, hemerográficas y medios electrónicos.

Se llevó a cabo la valoración global y focalizada detectando las deficiencias o necesidades, para lo cual se recurrió a los métodos de observación, entrevista y exploración física.

Una vez terminada la primera etapa de la valoración (obtención y recolección de datos), la información que se obtuvo se registro en el anecdotario de la alumna, las hojas de enfermería y la historia clínica. Posteriormente se analizó la información para integrar los diagnósticos de enfermería, según el formato PES.

En base a lo anterior se planearon intervenciones de enfermería y se ejecutaron según prioridades esta información fue registrada en el formato del plan de cuidados incluyendo la evaluación de las intervenciones permitiendo así la retroalimentación de los cuidados implantados.

3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La señora Chávez, cursando un embarazo de 38.3 SDG acude al servicio de urgencias el día 26 de marzo del 2005 por presentar salida de líquido transvaginal espontáneo de color claro y moderada cantidad de dos horas de evolución, refiere movimientos fetales no así actividad uterina, niega signos de vasoespasmo, a la exploración física se encontró lo siguiente: útero gestante con PUVI, FCF de 140 lpm, SL, PC, DI, al realizar tacto vaginal se palpa cervix sin modificaciones, se realiza maniobra de Valsalva y Tornier apreciándose salida de líquido transvaginal de color claro. Signos vitales: T/A 130/70mmHg, FC 82 lpm, FR 21 rpm, TC 36.7°C . Resto de la exploración sin relevancia. Pasa a la unidad tocoquirúrgica.

En dicho servicio se mantiene en observación en espera de que se desencadene el trabajo de parto, posteriormente se le realiza inducto-conducción la cual es fallida por presentar cérvix desfavorable, aunado a esto, variaciones en la FCF de 154 a 160 lpm y la prolongación de horas de evolución de la ruptura de membranas (16 hrs.), por lo que se procede a realizar intervención cesárea de la cual se obtiene producto único vivo del sexo femenino adaptándose adecuadamente a la vida extrauterina, en cavidad uterina no se palpó aumento de la temperatura ni fetidez. Ambos pasan alojamiento conjunto, la señora Chávez con esquema de antibiótico, iniciándose en este momento el estudio de caso clínico.

3.3. DATOS OBTENIDOS DE LA VALORACIÓN

3.3.1. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERIA

FECHA: Marzo 28,2005. SERVICIO: Gineco-Obstetricia No. CAMA: 23

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	M. P. C. B.
EDAD:	22 años
SEXO:	Femenino
NACIONALIDAD:	Mexicana
LUGAR DE ORIGEN :	México, D. F.
FECHA DE NACIMIENTO:	24 de diciembre de 1979
ESTADO CIVIL:	Casada
DOMICILIO:	Monte cruces #4 Pblo. San Lucas Xochimanca Deleg. Xochimilco
TELEFONO:	21-56-08-81
ESCOLARIDAD:	Bachillerato
OCUPACIÓN:	Hogar
RELIGIÓN:	Católica
FAMILIAR RESPONSABLE:	M. A. A. G. (esposo)

PERFIL DEL PACIENTE

HABITACIÓN

Características físicas. Se encuentra localizada en una zona urbana, la calle donde vive esta pavimentada, la planta baja de la casa se percibe fría, con poca ventilación e iluminación, no así el primer piso, cuenta con tres habitaciones y la construcción esta hecha con tabique y lámina de asbesto. Refiere ser prestada por su suegro. No convive con animales domésticos.

Servicios sanitarios. Cuenta con agua intradomiciliaria y drenaje, la recolección de basura la realiza en botes tapado y el carro recolector pasa cada tercer día.

Recursos para la salud. Recurre al centro de salud del pueblo así como a consultorio particular.

Hábitos higiénico-dietéticos. Refiere bañarse diario, de manera completa y cambio de ropa, el lavado de manos es con frecuencia y principalmente después de ir al baño y antes de comer o preparar alimentos, se realiza aseo bucal dos veces al día.

Alimentación.

<i>carne</i>	2 de 7 días	<i>huevo</i>	1 de 7 días
<i>verduras</i>	7 de 7 días	<i>leche</i>	3 de 7 días
<i>frutas</i>	1 de 7 días	<i>tortillas</i>	7 de 7 días
<i>leguminosas</i>	3 de 7 días	<i>pan</i>	0 de 7 días
<i>pastas</i>	7 de 7 días	<i>agua</i>	1½ L al día

Eliminación intestinal. Por lo general dos veces al día de características normales ocasionalmente refiere presentar estreñimiento o diarrea.

Eliminación vesical. Aproximadamente 6 u 8 veces al día de características normales y sin alteraciones en la micción.

Sueño y descanso. Por las tardes procura descansar cuando ve la televisión, duerme 7hrs aproximadamente sin trastornos.

Diversión y/o deportes. Ninguno.

Trabajo y/o estudio. Actualmente ninguno.

Otros. Ocasionalmente realiza manualidades (tejer y bordar).

Composición familiar.

<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUPACIÓN</i>	<i>PARTICIPACIÓN ECONÓMICA</i>
Esposo	20 años	comerciante	\$70 diarios.
Sra. Chávez	22 años	Hogar	————
Suegro.	52 años	contratista	desconoce
Cuñado	24 años	contratista	desconoce

Dinámica familiar. Aunque su esposo es el único que aporta económicamente en la solvencia de los gastos, esto no es problema de discusión en la familia, ya que su cuñado y su suegro casi no asisten en la casa y cuando lo hacen la relación familiar es buena.

Dinámica social. Refiere ser poco sociable ya que frecuenta poco a sus amistades (la mayoría de veces es por teléfono), pero con familiares la relación es muy buena ya que refiere que sus paseos los realiza en compañía de éstos.

Comportamiento (conducta cotidiana). Refiere ser introvertida con las personas ajenas a su círculo social, pero si les toma confianza la relación mejora. No suele ser agresiva, al contrario se considera muy tranquila.

Rutina cotidiana. Refiere levantarse, preparar el desayuno, recoger la cocina, si tiene ropa sucia la lava posteriormente se baña, va al mercado por el mandado y prepara la comida, una vez que su esposo llega de trabajar comen recogen y lavan los trastes, ven televisión y se duermen. Los fines de semana procuran salir de paseo o a ver a algunos familiares.

PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL

La señora Chávez se encuentra instalada en alojamiento conjunto cursando últimas horas del puerperio inmediato con recién nacido del sexo femenino, actualmente refiere dificultad a la movilidad acompañado de dolor en herida quirúrgica de mediana intensidad, lo que de igual manera le dificulta encontrar una posición cómoda para llevar a cabo la lactancia materna.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTERICOS

<i>Menarca</i>	13 años	<i>Parejas sexuales</i>	2
<i>Ciclos</i>	28 días	<i>F.U.M.</i>	29 de junio del 2004
<i>Duración</i>	3-4 días	<i>gesta</i>	1
<i>dismenorreica</i>	sí	<i>partos</i>	0
<i>incapacitante</i>	no	<i>abortos</i>	0
<i>Método de planificación familiar</i>	no	<i>cesáreas</i>	0
<i>papanicolau</i>	Sí durante el embarazo	<i>S.D.G.</i>	38.3 S.D.G.
<i>Resultado del papanicolau</i>	Sin alteraciones	<i>F.P.P.</i>	6 de marzo del 2005
<i>I.V.S.A.</i>	18 años	<i>Vigilancia prenatal</i>	Sí en centro de salud con un total de 8 consultas.

<i>No. gesta</i>	<i>Fecha</i>	<i>Parto</i>	<i>Fórceps/ causa</i>	<i>Cesárea</i>	<i>LUI</i>	<i>Peso del producto</i>	<i>Observaciones</i>
1	27-03-05	0	no	1	0	2,650 Kg.	Cesárea por cérvix desfavorable para el parto por vía vaginal.

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

<i>Complicaciones en embarazos previos</i>	no
<i>Embarazos ectópicos</i>	no
<i>Embarazo molar</i>	no
<i>Preeclampsia</i>	no
<i>Eclampsia</i>	no
<i>Parto prematuro</i>	no
<i>Malformaciones del producto</i>	no
<i>Muerte neonatal</i>	no
<i>Óbito</i>	no
<i>Infección de vías urinarias</i>	Si, al 6to. Mes de embarazo con tratamiento, no especificado.
<i>Infección genital</i>	no

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

<i>Tabaquismo</i>	no
<i>Alcoholismo</i>	no
<i>Fármaco dependencia</i>	no

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

<i>Diabetes</i>	no	<i>Sífilis</i>	no
<i>Epilepsia</i>	no	<i>Citomegalovirus</i>	no
<i>HTA</i>	no	<i>SIDA</i>	no
<i>Cardiopatías</i>	no	<i>Alergias</i>	no
<i>Nefropatías</i>	no	<i>Antecedentes transfusionales</i>	no
<i>Enf. Infecto-contagiosas</i>	no	<i>Antecedentes quirúrgicos</i>	no
<i>Toxoplasmosis</i>	no	<i>Antecedentes traumáticos</i>	Quemadura con aceite caliente a la edad de 8 meses en dorso de mano y antebrazo derecho.
<i>Rubéola</i>	no		

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

<i>Sífilis</i>	no	<i>Diabetes</i>	no
<i>SIDA</i>	no	<i>HTA</i>	Sí, abuela paterna fallecida
<i>Malformaciones congénitas</i>	Sí, espina bífida (primo en segundo grado)	<i>Cardiopatías</i>	Sí, abuela paterna fallecida
<i>Consanguinidad</i>	no	<i>Nefropatías</i>	Sí, abuela paterna fallecida
<i>Retraso mental</i>	Sí (primo en segundo grado)	<i>Neoplasias</i>	no
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	no		

COMPRESIÓN Y/O COMENTARIO ACERCA DE SU PADECIMIENTO

"No conozco más que lo que me han platicado mis primas y mi mamá que ya han tenido hijos... yo quiero pensar que me debo de cuidar un poco más para que no se me abra la herida... Con respecto a mi bebé, he visto como los cuidan...me han platicado como debo de cargarlo, cambiarlo de pañal, bañarlo... yo creo que si me vas hacer de gran utilidad por que no estoy segura de hacer las cosas bien".

EXPLORACIÓN FISICA

Somatometría

PESO ACTUAL	TALLA	F.C	T/A	T.C	F.R
70 Kg.	1.55 mts.	88 lpm	110/80 mmHg	36.8 ° C	24 rpm

Inspección. Paciente femenino con edad aparente a la cronológica, con buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, se observan glándulas mamarias con pigmentación areolar, tubérculos de Montgomery y red venosa. En abdomen se observa herida quirúrgica suprapúbica longitudinal por cesárea, la cual se encuentra limpia con bordes afrontados por suturas sin signos de presencia de proceso infeccioso. Se aprecia cicatriz en dorso de mano y antebrazo derecho, refiriendo la paciente haberla padecido a la edad de 8 meses por aceite caliente. En miembros pélvicos se presenta red venoso no protuberante y micosis ungueal en I y IV ortejos de miembro pélvico izquierdo.

Palpación. A la palpación en las glándulas mamarias se aprecia salida de calostro por ambos senos. Se palpa abdomen globoso a espesa de tejido adiposo, blando, depresible, doloroso en región cercena a herida quirúrgica la cual no presenta salida de secreción indicativo de infección, se logra palpar útero a nivel de cicatriz umbilical.

Percusión. La percusión se realiza en los cuatro cuadrantes presentándose timpanismo y matidez en regiones normales.

Auscultación. Se auscultan ruidos cardiacos normales, campos pulmonares bien ventilados sin presencia de sibilancias ni estertores, perístalsis presentes en razón de 3 ruidos por minuto.

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN EL DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN

Tanto la señora como la familia de la misma (principalmente su esposo y su madre) están dispuestos a participar en su pronta recuperación, así como en el cuidado del recién nacido.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Cardiorespiratorio. Sin compromiso.

Digestivo. Actualmente se encuentra consumiendo dieta normal tolerada y con buen apetito. No se ha presentado evacuación, canaliza gases.

Genitourinario. A nivel genital y por el periodo que esta cursando presenta sangrado transvaginal de moderada cantidad con lóquios hemáticos no fétidos. A nivel urinario ya presentó su primera micción de manera espontánea sin dificultad ni molestia alguna.

Nervioso. Sin alteración alguna.

Músculoesquelético. Se observa red venosa en miembros pélvicos sin protuberancias, las cuales refiere la paciente haberse acentuado con el embarazo, niega dolor, cansancio o percepción de aumento de la temperatura en dichas extremidades.

Endocrino. Inicia proceso lactopoyetico con salida de calostro por ambos senos, los cuales no presentan alteraciones o patología propia.

Piel y anexos. A nivel abdominal la piel presenta perdida de la integridad cutánea debido a la herida quirúrgica realizada (cesárea) la cual se encuentra suturada y sin signos de proceso infeccioso. Presenta ligero edema en miembros pélvicos y en los ortejos I y IV del miembro pélvico izquierdo se observa micosis.

Órganos de los sentidos. Ninguno de los cinco sentidos se encuentra afectado.

3.3.2. ANECDOTARIO DE LA ALUMNA

Los datos que se encuentran a continuación fueron recabados durante su estancia hospitalaria y posteriormente en visitas domiciliarias.

MARZO 28, 2005

ALOJAMIENTO CONJUNTO

A la exploración física se encuentra conciente, tranquila, orientada en tiempo, lugar y espacio, con buena coloración de tegumentos, conjuntivas rosadas, mucosas orales hidratadas, cuello sin anormalidades.

En glándulas mamarias, se aprecia pezones formados, pigmentados, con tubérculos de Montgomery, red venosa y salida de calostro por ambos senos. Abdomen globoso a espesa de tejido adiposo con presencia de estrías y herida quirúrgica suprapúbica longitudinal por intervención cesárea, la cual se encuentra limpia, con bordes afrontados por medio de sutura, a la palpación el abdomen se encuentra blando depresible doloroso en región proximal a la insición quirúrgica, la cual no presenta salida de secreción ni signos de proceso infeccioso, se palpa útero a nivel de cicatriz umbilical. Se observa sangrado transvaginal moderado, loquios hemáticos no fétidos.

Se auscultan ruidos cardiacos normales, campos pulmonares bien ventilados sin presencia de sibilancias ni estertores, perístalsis presentes en razón de 3 ruidos por minuto.

En miembro torácico derecho se observa cicatriz en dorso de mano y antebrazo, la cual refiere haberla padecido a la edad de 8 meses causada por aceite caliente.

En miembros pélvicos se observa red venosa no protuberante, refiriendo haberse presentado a partir del aumento de peso por el embarazo, se aprecia edema (+) y micosis ungueal en I y IV orjejo del miembro pélvico izquierdo. Presenta llenado capilar de 2 segundos en las cuatro extremidades.

Signos vitales: T/A 110/80mmHg Fx. C 88x' Fx. R 24x' TC 36.8°C

Durante el interrogatorio se le cuestionó sobre el conocimiento del cuidado de ella en el hogar durante este periodo a lo que ella contesto:

“supongo que no debo de hacer esfuerzos, cargar cosas pesadas para que no se me abra la herida... cuando uno tiene a su bebé debes de cubrirte la cabeza por que los oídos están muy sensibles y se revientan, me dicen que debo de tener mucho reposo pero me dijo el doctor que debía de caminar para que toda esa sangre saliera más rápido...”

Al preguntarle sobre si contaba con más información relacionada a lactancia materna, quien se la había proporcionado y cuales eran sus expectativas sobre este tema ella respondió:

“Me comentó mi mamá que debo de tomar atole de masa para que tenga más leche, que si yo le daba pecho a mi hijo se iba a enfermar menos y que crecía mejor,... Las enfermeras me han dicho que le de pecho, pero no he tenido una información más amplia...Sí, mi idea es darle pecho a mi hija... no sabría explicarte por que”

Y con respecto a los cuidados que le debe proporcionar al recién nacido en el hogar, siendo ella la principal cuidadora respondió:

“Me hicieron un baby shower donde jugamos como debo de cargarlo, cambiarlo de pañal, bañarlo... pero no es lo mismo... de hecho a mis sobrinos nunca los bañe o les cambie el pañal y me da mucho miedo, siento que se me va a caer... no estoy segura de hacer las cosas bien...”

Observaciones:

El día 27 de marzo por la tarde la señora Chávez ingreso al servicio de alojamiento conjunto y no es hasta el día 28 por la mañana cuando se tiene contacto directo por vez primera, la señora se observa sumamente callada y aislada, pero cooperadora a su manejo y al del recién nacido. Se pide que realice su aseo personal observándola con dificultad a la movilidad y facies de dolor debido a la incisión quirúrgica. A su regreso se realiza curación de la herida explicándole la forma correcta para hacerlo en su domicilio. Se le comenta que se llevará a cabo el primer baño de su hija y por ser primeriza éste yo lo realizaré a menos que ella desee hacerlo, lo cual no acepta, por lo que se sugiere este presente para que observe como lo puede llevar a cabo en su domicilio, sin embargo, se observa distraída y no realiza comentario alguno sobre el procedimiento.

Durante el turno no hubo necesidad de insistir en que le brindara pecho al recién nacido, pero se observa incorrecta técnica de lactancia por lo que se le explica como ofrecer el pecho y algunas posiciones de hacerlo para evitar cansancio en su espalda. Aunado a esto se observa insegura al manejo del recién nacido principalmente al cargarlo. Se administraron los analgésicos y antibióticos preescritos, así como los cuidados de enfermería pertinentes.

Por lo anterior, trato de entablar conversación con ella relacionada con mi presencia en el momento de su intervención quirúrgica y mi interés sobre su estado, ella sonríe e inicia una plática un poco más abierta, logrando con ello la realización del interrogatorio de manera satisfactoria.

MARZO 29,2005

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Debido a necesidades de otro servicio, no pude estar con la señora Chávez, pero al término del turno acudí a verla se encontraba deambulando por el pasillo con un poco de dificultad y ligeramente encorvada, conversamos sobre como se sentía actualmente a lo que ella contestó:

“mejor, aunque no me puedo mover con facilidad porque me duele la herida”

Con respecto a su sangrado transvaginal:

“sigue igual, no huele mal, la enfermera con la que estuve me dijo que tenía que caminar para que dejara de sangrar más rápido y mi matriz regrese a su tamaño normal...”

Se le explicó de manera breve y sencilla los factores que favorecen la involución uterina. Al regresar a su habitación le pedí que me permitiera revisarla encontrando los siguientes datos:

Signos vitales: T/A 120/70mmHg Fx.C 82x´ Fx.R 21x´ TC 37.3°C

Se observan las glándulas mamarias con salida de calostro, la herida quirúrgica cubierta con gasas limpias sin datos de proceso infeccioso y vendaje abdominal compresivo, sangrado transvaginal moderado no fétido.

Al despertar el recién nacido le brinda seno materno observando que continua ofreciendo el seno en forma de cigarrillo por lo que se vuelve a reafirmar la técnica así como la postura que debe adoptar mientras amamanta para evitar lesiones en la espalda y favorecer una buena deglución del lactante. Sobre este tema refiere tener poca leche por lo que se le explica que es normal que los primeros días del puerperio la producción láctea sea baja pero posteriormente esta aumenta siempre y cuando ella lleve una buena alimentación y le ofrezca pecho a la niña.

Se le comenta que se encuentra en prealta y si no hay ningún inconveniente mañana se irá a su domicilio, así mismo, espero poder estar el día de mañana con ella pero si esto no fuera posible, aprovecho estos momentos para realizar una evaluación general acerca de los cuidados de ella y del recién nacido en el hogar, con lo referente a ella al parecer no existe duda alguna con excepción de la técnica de lactancia materna donde se observa gran dificultad para su realización. Con referente al recién nacido me comenta que nuevamente la enfermera realizó el baño de éste debido a que no se atreve a realizarlo por sí sola por lo que considero que este es un motivo más para la realización del seguimiento en su domicilio hasta que la mujer ejerza su rol de madre ya que como se ha dicho anteriormente es ella la principal cuidadora del recién nacido.

Se le explica además que deberá de acudir a los 8 días aproximadamente para revisión de su hija donde le entregaran la cartilla de vacunación y se le realizara la prueba del tamiz (prueba de la cual ya tiene conocimiento de la importancia de su realización). De igual manera el ginecólogo le realizará una revisión y si en ese momento lo decide se podrá iniciar algún método de planificación familiar. Se le pide su número telefónico para concertar una cita en su domicilio debido a que para dicha explicación desea este presente su esposo.

MARZO 30,2005

Nuevamente no consigo estar durante mi turno con la señora Chávez, al término de este acudo a su habitación pero ya fue dada de alta.

ABRIL 1,2005

VIA TELEFONICA

Me comunico con la señora Chávez a su domicilio, preguntando como se encuentra, a lo que contesta que bien y no ha identificado signos de alarma en ella ni en la niña (enseñados en el hospital). Menciona que platicó con su esposo para la visita planeada y esta de acuerdo que sea el próximo miércoles a las 15:00 hrs.

ABRIL 3, 2005

DOMICILIO

Acudo a la cita a la hora establecida encontrando a la pareja. En el domicilio se le acondicionó un espacio en la planta baja como habitación, para evitar que suba las escaleras, ella camina despacio pero menos encorvada. Se observa con buena coloración de tegumentos, hidratada, sus pezones se encuentran formados sin alteraciones, con proceso lactopoyetico presente, se palpan ligeramente congestionadas.

Aún se observa dificultad en la lactancia materna aunque adopta de manera correcta la técnica. Al revisar la herida quirúrgica esta se encuentra en perfectas condiciones por lo que se deduce una buena realización de la misma, refiere lavarse como se había enseñado además de usar agua de árnica para que cicatrice más rápido (enseñado por su madre). Se palpa útero 3 o 4 centímetros por arriba del pubis, sangrado transvaginal seroso y escaso. Resto de la exploración sin alteraciones.

Signos vitales: T/A 110/70mmHg Fx.C 78x' FxR 24x' TC 36.8°C

La pareja refiere desconocer los métodos anticonceptivos apropiados para este periodo por lo que se les explica como funciona cada y se descarta aquellos que por medio de la lactancia se transmiten al recién nacido de manera que se les aconseja la colocación del DIU como método de primera elección.

Por último se interroga a la señora si ha existido algún problema o dificultad en los cuidados del recién nacido a lo que contesta que referente al baño de este su mamá es quién lo realiza debido a que a ambas les da miedo que se le pudiera caer, de hecho, le comenta su madre a la Sra. Chávez que una vez que la niña ya este más grande (1 o 2 meses) se las irá dejando para que la bañen ellos solos. Los cuidados al muñón umbilical así como a la región perianal ella los realiza sin ningún problema.

Se le comenta la posibilidad de bañar a la recién nacida entre las dos pero se muestra insegura y no acepta, posteriormente se insistirá con la finalidad de que pierda el miedo y pueda ser autosuficiente en lo que al cuidado de su hija se refiere.

Una vez dada por terminada la visita nos pusimos de acuerdo para vernos a la salida de su consulta de revisión para saber el comentario del médico en relación a su estado de salud y el método de planificación familiar elegido.

ABRIL 5, 2005

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Una vez que salieron de la consulta de planificación familiar y medicina preventiva acudí verlos en la sala de espera donde se interroga sobre su estado de salud y el método anticonceptivo elegido:

“me siento un poco adolorida por que me acaban de quitar los puntos, la doctora me dijo que deje de usar el vendaje, pero me siento muy rara sin él...habíamos decidido que me colocaran el DIU pero la doctora me comento que no era conveniente por el tamaño de mi matriz... que mejor me esperara dentro de un mes para que me lo colocaran en el centro de salud y nos dio unos preservativos para que mientras nos controlemos con eso en lo que me ponen el dispositivo”

Se le explicó que una vez que se presentara su primera menstruación posparto al segundo día deberá acudir al centro de salud para que se le coloque el DIU y con respecto al vendaje abdominal se le comentó que efectivamente ya no era necesario su uso, sin embargo entendía que éste le brindaba confort y bienestar por lo que podría utilizar (si estaba dentro de sus posibilidades) una faja posparto, ya que estas no comprimen demasiado solo es para brindar seguridad a la movilidad.

Se le interrogó sobre los cuidados que debe de tener con su hija por la aplicación de la vacuna BCG y la importancia del seguimiento de la cartilla de vacunación a lo que respondió correctamente.

Por último me pidió el número telefónico de mi domicilio el cual se le proporcionó con la finalidad de tener comunicación por si surgiera alguna duda así como para la confirmación de las próximas citas.

No se presentó infección en la herida quirúrgica y tuvo un proceso de cicatrización favorable.

ABRIL 17, 2005

DOMICILIO

Segunda visita domiciliaria que se le realiza a la Sra. Chávez la cual se encuentra cursando 21 días del puerperio quirúrgico (puerperio tardío).

Se exploran glándulas mamarias sin presencia de masas, congestiónamiento, lactoreo presente, pezones sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso, la herida quirúrgica con proceso de cicatrización terminado, no se palpa útero y ya no existe sangrado transvaginal. Resto de la exploración sin relevancia.

Signos vitales: T/A 120/80mmHg Fx.C 80x' Fx.R 20x' TC 36.6°C

Durante el interrogatorio refiere:

“me he sentido bien de salud, nada más que ya me he aburrido de lo que tengo que comer...me la he pasado comiendo caldo de pollo, verduras y pescado al vapor...por que me dice mi mamá que no puedo comer carne de puerco, picante, grasa y algunas verduras por que le pueden causar cólico al bebé “

Se le explica que existen muchos mitos y tabús en relación a la alimentación de la mujer que amamanta por las sustancias alimenticias que le pasan al recién nacido a través de la leche materna, sin embargo no se ha demostrado que el efecto de éstos sean los cólicos.

Por otra parte la Sra. Chávez refiere tener duda sobre si inicia o no su vida sexual debido a su intervención quirúrgica su principal temor es que la herida se pudiera abrir ya que no tiene las suturas y considera tener poco tiempo de posoperada. A lo que se le explica que el proceso de cicatrización se lleva a cabo en los primeros 8 días por lo que ya no existe posibilidad alguna de dehiscencia, y para mayor confianza pudiera optar por otra posición para la actividad sexual.

Se observa más tranquila y segura al manejo del recién nacido así como en la realización correcta de la lactancia materna. Camina con más rapidez sin encorvamiento y se puede recostar en su cama con menor dificultad. Se le sugiere bañar a la bebé entre las dos para que posteriormente esta actividad la realice por sí sola a lo que se niega por no sentirse segura, refiere querer esperar a que este más grandecita.

MAYO 2, 2005

DOMICILIO

A la llega a su domicilio me comenta que poco más tarde saldrá por lo que fui breve haciendo énfasis en principales puntos.

Signos vitales: T/A 120/80mmHg FxC. 78x' Fx.R 24x' TC 37°C

Actualmente ya se encuentra en su habitación ubicada en el primer nivel, se observa segura al subir las escaleras. Con respecto a la lactancia materna la técnica la realiza de manera correcta y con total seguridad por lo que se considera resuelto este aspecto.

Se interroga en relación a su actividad sexual a lo que refiere ya haber reiniciado su vida sexual sin temor y con utilización de preservativo por lo recomendado anteriormente. Pregunta cuando volverá a menstruar. A lo que se le da una breve explicación del porqué no menstrua y el tiempo aproximado en que se puede presentar su primera menstruación posparto.

MAYO 15, 2005

VÍA TELEFÓNICA

Hoy teníamos programada la cuarta visita pero recibí la llamada de la Sra. Chávez comentándome que no iba a estar en su domicilio, refiere sentirse bien y no tener ningún inconveniente por el momento por lo que nos veríamos la próxima y última visita el día 30 de mayo.

MAYO 30, 2005

DOMICILIO

Hoy es la última visita que se le realiza, donde se hace una valoración generalizada de lo realizado y lo logrado.

En relación con la lactancia materna se encuentra brindando seno materno a libre demanda sin presentar molestias en la espalda o pezones y con la técnica correcta. Actualmente solo por las noches alimenta a la niña con fórmula ya que refiere costarle trabajo despertarse para darle pecho por lo que su esposo es quien alimenta a la niña.

Con respecto a ella refiere no tener ninguna duda, ya se presentó su menstruación y ya asistió al centro de salud para la colocación del DIU. Me comenta que hace 15 días aproximadamente comenzó a realizar el baño de su hija con la ayuda de su esposo lo que le da más seguridad y actualmente ya no se le dificulta.

En relación con su hija pregunta:

“¿Cuándo es recomendable iniciar a darle papillas?”

Se le explica que la ablactación es recomendable iniciarla después de los 4 o 6 meses de edad sin ser los primeros alimentos el huevo, pescado, fresa y chocolate por las posibles alergias que éstos pueden causar.

Signos vitales: T/A 110/80mmHg FxC 82x' FxR 22x' TC 37.2°C

Por último se le hace hincapié en el seguimiento de la cartilla de vacunación de su hija para evitar enfermedades de la infancia a lo que refiere ya haber iniciado la primera dosis de Sabin y pentavalente, así mismo refiere sentirse tranquila por no haber recibido la llamada del hospital relacionado con el resultado de la prueba del Tamiz lo que quiere decir que esta bien su niña.

Sin más datos de importancia se da por terminado el seguimiento del caso clínico.

3.4. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Con base a los datos obtenidos en la entrevista, la observación y la exploración física se detectaron los siguientes diagnósticos.

- ❖ Riesgo potencial de proceso infeccioso relacionado con ruptura prematura de membranas de 16 horas de evolución.
- ❖ Alteración de la comodidad relacionada con herida quirúrgica, manifestada verbalmente y por presencia de facies de dolor a la movilidad.
- ❖ Riesgo potencial de infección en herida quirúrgica relacionada con pérdida de la integridad cutánea por intervención cesárea.
- ❖ Déficit conocimiento sobre lactancia materna relacionado con inexperiencia de la misma, manifestado en incorrecta técnica del amamantamiento y expresión inexacta de sus ventajas.
- ❖ Déficit conocimiento del periodo posparto relacionado con su cuidado postoperatorio manifestado en expresión inexacta de los mismos.
- ❖ Alteración en el desempeño de la maternidad relacionado con inexperiencia manifestada en inseguridad para realizar correctamente los cuidados del recién nacido.
- ❖ Déficit conocimiento relacionado con los métodos de planificación familiar manifestado en desconocimiento de los efectos adversos de los mismos.
- ❖ Conflicto en la toma de decisiones relacionada con el reinicio de su actividad sexual manifestado en miedo a dehiscencia de herida quirúrgica.
- ❖ Déficit conocimiento del patrón alimenticio durante el periodo posparto relacionado con tabús y mitos referidos por familiares manifestado con alimentación "monótona".
- ❖ Desconocimiento de los cambios hormonales relacionados con la ovulación-menstruación manifestado en inquietud por ausencia de la misma.
- ❖ Riesgo potencial de embarazo a corto plazo relacionado con la ausencia del uso de un método anticonceptivo.

3.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo potencial de proceso infeccioso r/c RPM de 16hrs. de evolución.	Detectar de manera oportuna la presencia de proceso infeccioso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de antibiótico (PSC 5millones IV c/6hrs.) 2. Toma y registro de TC c/4hrs. 3. Valorar características de loquios (olor, color y cantidad) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La PSC es un antibiótico que actúa con la mayor parte de m.o Gram. y algunos Gram. y ciertas espiroquetas por lo que se administra para prevenir la presencia de infección. 2. Por medio de la vigilancia de la TC se identificará oportunamente la presencia de proceso infeccioso indicativo de complicación materna. 3. Los loquios tienen un olor similar al flujo menstrual normal. Los loquios de color negrusco o purulento, con presencia de olor fétido y en cantidad abundante (mayor a una menstruación) en especial cuando están acompañados de fiebre, indican infección potencial o retención de fragmentos de la placenta. 	Durante su estancia hospitalaria (3 días) así como domiciliaria no se presentaron signos indicativos de proceso infeccioso.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración de la comodidad r/c herida quirúrgica, manifestada verbalmente y por presencia de facies de dolor durante la movilidad.	Mejorar la comodidad para un óptimo desempeño de sus actividades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de analgésico (metamizol sódico 1 gr. IV c/8 hrs.) 2. Realizar vendaje abdominal compresivo. 3. Proporcionar apoyo a la movilización. 4. Enseñar diferentes posturas que favorezcan la comodidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El metamizol sódico tiene un efecto analgésico y antipirético, indicado en el tratamiento postoperatorio y en presencia de hipertermia entre otras. El postoperatorio indoloro ↓ el tiempo de recuperación. 2. El vendaje impide la sobre distensión de los músculos abdominales lo que disminuye el dolor a la movilidad favoreciendo la comodidad. 3. El apoyo implica un menor esfuerzo de la paciente en la movilización. 4. El conocer diferentes posturas que puede optar y la forma correcta de las mismas impone menos estrés en los músculos y articulaciones lo que resulta más confortable para la paciente. 	La administración del analgésico ↓ el dolor en la incisión quirúrgica y el vendaje abdominal brindó más seguridad a la Sra. Chávez al momento de realizar sus actividades por lo que a partir del 3er. día de posoperada ya no requirió de apoyo para su movilización. Lo anterior en conjunto con una postura correcta le brindó una mayor comodidad en la realización de sus actividades.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo potencial de infección en HQx r/c pérdida de la integridad cutánea por intervención cesárea.	Evitar o ↓ al máximo el riesgo de infección en la HQx por medio de enseñanza en el cuidado de la misma.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar a la Sra. Chávez los cuidados a realizar en la herida quirúrgica. 2. Explicar la importancia de vigilar el estado de la HQx. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es recomendable que cuando se bañe, asee la HQx con agua y jabón y dejar secar perfectamente para favorecer la cicatrización evitando un medio húmedo óptimo para el crecimiento de m.o. 2. La HQx debe examinarse de manera periódica para detectar signos de infección (enrojecimiento, dolor o salida de secreción purulenta y fétida). 	La Sra. Chávez comprendió y realizó de manera correcta el aseo de la HQx, por lo que no presentó proceso infeccioso teniendo una adecuada cicatrización.
Déficit conocimiento sobre lactancia materna r/c inexperiencia de la misma, manifestado en incorrecta técnica del amamantamiento y expresión inexacta de sus ventajas.	Favorecer una lactancia materna exitosa por medio de información sobre la misma.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar la técnica correcta del amamantamiento. 2. Brindar apoyo a la Sra. Chávez en la alimentación al seno materno. 3. Dar a conocer las ventajas del amamantamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La técnica correcta del amamantamiento implica no solo el brindar el seno al RN con la mano en forma de “C” sino también, la posición correcta tanto de la madre como del RN esto con la finalidad de evitar lesiones de espalda en la madre, favorecer la deglución del lactante con una adecuada posición, así como reafirmar el lazo afectivo madre-hijo. 2. El apoyo durante el amamantamiento permite corregir malas posturas así como dar confianza a la realización correcta de la técnica. 3. El conocer las ventajas del amamantamiento permite continuar con éste por los beneficios que proporciona a la madre y al RN. 	La Sra. Chávez comprende la importancia de seguir la técnica correcta del amamantamiento así como de sus ventajas. Aunque en un principio se mostró nerviosa y con dificultad para su realización actualmente la técnica es realizada de manera correcta y con mayor seguridad. Al término del caso clínico, la alimentación al RN fue mixta.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Déficit conocimiento del periodo posparto r/c su cuidado postoperatorio manifestado en expresión inexacta de los mismos.</p>	<p>Orientar a la madre a cerca de sus cuidados postoperatorios con la finalidad de que identifique oportunamente signos de alarma evitando así posibles complicaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar a la Sra. Chávez los cuidados a realizar en la herida quirúrgica, así como, las características de la misma. 2. Vigilar la cantidad y características del STV. 3. Alentar a la Sra. Chávez a la deambulaci3n temprana. 4. Evitar realizar esfuerzos mayores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es recomendable que cuando se bañe, asee la HQx con agua y jab3n y dejar secar perfectamente para favorecer la cicatrizaci3n, así como acudir al m3dico si la herida presenta signos de infecci3n. 2. Las características y cantidad del STV indica en forma indirecta el proceso de cicatrizaci3n del endometrio. Normalmente debe de ↓ en forma gradual y pasan de ser hemáticos a serohemáticos y finalmente serosos. 3. La deambulaci3n temprana favorece la circulaci3n y ↓ el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento del intestino y la vejiga mejoran mediante la deambulaci3n evitándose así el uso de sondas y laxantes. 4. La realizaci3n de un esfuerzo se centra principalmente en el abdomen, por lo que la realizaci3n de éste con una mala técnica hace que la paciente posoperada corra el riesgo de sufrir una dehiscencia grave complicaci3n posqx. La actividad debe ↑ gradualmente Durante las 3 a 4 sem se recomienda tareas ligeras y su actividad normal unas 6 sem después. 	<p>La Sra. Chávez comprendió la importancia de los cuidados postoperatorios y los llevó a cabo de tal manera que no presentó ninguna complicaci3n posparto.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Alteración en el desempeño de la maternidad r/c inexperiencia manifestado en inseguridad para realizar correctamente los cuidados del RN.</p>	<p>Que la Sra. Chávez adquiriera el conocimiento y la destreza necesaria para el cuidado y manejo de su RN logrando así una maternidad satisfactoria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar la forma de manejo del RN. 2. Enseñar la técnica de baño de artesa por medio de una demostración con el RN. 3. Explicar los cuidados al muñón umbilical y la región perianal. 4. Dar a conocer las consecuencias que generan la toma prolongadas en la alimentación del RN. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existe una forma específica para su manejo, pero es de gran importancia el manejarlos de manera firme y segura, sosteniendo la cabeza y glúteos. Es importante recostarlo en decúbito lateral o prona para evitar una posible broncoaspiración. 2. Esta actividad proporciona seguridad y confianza a la madre durante la realización del baño de su hija. 3. Uno de los cuidados principales de los RN es el área del muñón umbilical y perianal las cuales son propensas a infecciones si estas permanecen por muchos tiempos sucios y húmedos. 4. El prolongar la toma de la alimentación ponen en riesgo al RN de presentar un cuadro de hipoglucemia. 	<p>Durante su estancia hospitalaria la Sra. Chávez realizó todas las actividades de manera correcta aunque insegura a excepción del baño el cual era efectuado por el personal de enfermería, aún estando en su domicilio, este era realizado por la abuela materna, no fue sino hasta el mes y medio de edad de la RN cuando la Sra. Chávez en compañía con su esposo realizaron por primera vez esta actividad. Finalmente las intervenciones le ayudaron a tomar mayor confianza permitiendo que la Sra. Chávez afrontara y concluyera el periodo de transición de la maternidad.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Déficit conocimiento r/c los métodos de planificación familiar manifestado en desconocimiento de los efectos adversos de los mismos.	Que la Sra. conozca los diferentes métodos de planificación familiar, el funcionamiento de cada uno de ellos y la importancia de éstos para una decisión informada.	1. Dar a conocer las ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos haciendo énfasis en los efectos adversos. 2. Dar a conocer la importancia del inicio de un método anticonceptivo.	1. Los métodos anticonceptivos tienen un mecanismo de funcionamiento por medio del cual y de acuerdo a la etapa en la que se encuentra la mujer (lactancia) los más apropiados son el uso del preservativo o DIU ya que al no tener un efecto hormonal no interfiere en la lactancia causando efectos a su vez en el RN. 2. Se recomienda el uso de un método anticonceptivo para favorecer la recuperación materna y evitar complicaciones (ruptura uterina) debido a un periodo intergenésico corto.	Se le brindó una breve explicación en pareja para favorecer una elección apropiada de los mismos. Una vez llegada la consulta para su revisión e inicio del método de planificación familiar no se colocó el DIU (método recomendado) por razones que no supo especificar la Sra. Chávez. Al final del caso clínico la Sra. Chávez utiliza el DIU.
Conflicto en la toma de decisiones r/c el reinicio de su actividad sexual manifestado en miedo a dehiscencia de HQx.	Estimular a una libre decisión con respecto al reinicio de la actividad sexual.	1. Explicar a la Sra. Chávez el momento apropiado para el reinicio de la actividad sexual (posterior a intervención quirúrgica).	1. La actividad sexual se puede reiniciar tan pronto como haya cesado la expulsión de loquios y siempre y cuando el acto no sea doloroso. El tiempo de cicatrización de la HQx es aproximadamente de 8 días (tiempo en el cual permanecen los puntos de sutura en la misma), posterior a éstos no existe riesgo de dehiscencia de la misma a menos que se realizara un gran esfuerzo.	Al realizar la explicación se hizo énfasis que únicamente ella sabría si se encontraba preparada para reiniciar su actividad sexual. Tiempo después me refirió haber iniciado su actividad sexual encontrándose tranquila.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Déficit del conocimiento del patrón alimenticio durante el periodo posparto r/c tabús y mitos referidos por familiares manifestado con alimentación “monótona”.</p> <p>*”Monótona” es un calificativo que la Sra. Chávez da a los alimentos que rutinariamente consume.</p>	<p>La Sra. Chávez conocerá las recomendaciones dietéticas necesarias durante la lactancia materna aclarando dudas generadas a su alrededor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar a conocer de manera sencilla los requerimientos nutricionales de la mujer que amamanta. 2. Aclarar las dudas generadas por mitos y tabús referidos por familiares (presencia de cólicos en el RN por la ingesta de algunos alimentos). 3. Ayudar a la Sra. Chávez a negociar sus necesidades alimentación con las costumbres familiares. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una dieta adecuada durante la lactancia requiere de mayores cantidades de calorías (entre 500 y 750 diarias), así como un mayor aporte de proteínas (20 grs.), calcio, hierro, vitaminas (D, A, C, E, B, B₂), fósforo, niacina, zinc y yodo. Así como el requerimiento de 2 o 3 litros de agua al día. 2. Se dice que ciertos alimentos son considerados fríos o calientes y en base a esto se relaciona la presencia de cólicos en el RN. Actualmente se ha demostrado que el lactante puede percibir ciertas sustancias alimenticias que si pudieran ser la causante de cólicos aunque no necesariamente todos los RN tengan que presentarlos. 3. Al conocer los gustos y patrones alimenticios de la Sra. podemos adaptar sus necesidades de alimentación a su ambiente social. 	<p>La Sra. Chávez comprendió la importancia de una alimentación balanceada (dentro de sus posibilidades) así como el porque de los tabús y mitos (sin pretender cambiar sus creencias). En las visitas domiciliarias siguientes refiere haber variado su ingesta de alimentos mediante la negociación de los mismos y tomando en cuenta las recomendaciones antes mencionadas, aunque refirió no ingerir ciertos alimentos (carne roja e irritantes) por precaución a los efectos que pudiera causar en el RN.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Desconocimiento de los cambios hormonales r/c la ovulación-menstruación manifestado en inquietud por ausencia de la misma.	De una manera sencilla la Sra. Chávez comprenderá el ciclo ovulatorio durante el posparto y la subsecuente ausencia de la menstruación.	1. Explicar de manera sencilla el ciclo ovulación-menstruación generado durante el posparto.	1. La presencia de menstruación depende de la existencia de ovulación. A pesar de esto la presencia de la primera menstruación depende en gran medida de que si la madre alimenta al seno o no y el tiempo de duración del periodo de lactancia. El tiempo promedio en las mujeres que no alimentan al seno es de 7 a 9 sem. y de aquellas que si lo realizan es de 30 a 36 sem.	La Sra. comprendió la ausencia de menstruación durante esta etapa así como la importancia de la utilización de un método anticonceptivo. Aproximadamente a los 8 sem. posparto se reinició su periodo menstrual, probablemente por la alimentación mixta brindada al lactante.
Riesgo potencial de embarazo a corto plazo r/c la ausencia del uso de un método anticonceptivo.	Disminuir la posibilidad de un embarazo a corto plazo.	Dar a conocer el riesgo materno existente.	La única complicación y la más grave en pacientes con cesárea previa es la ruptura uterina (dehiscencia de las uterina) este accidente puede ocurrir anteparto, intraparto o ser detectado en el posparto inmediato. La ruptura uterina condiciona el sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto, además pone en peligro la integridad física de la paciente llegando a ocasionar la muerte.	La Sra. Chávez comprende la importancia del uso inmediato de un método anticonceptivo para evitar un embarazo temprano y con ello favorecer su adecuada recuperación, por lo que opta por usar el preservativo como método de planificación familiar hasta que se presente su primera menstruación posparto y así poder ser colocado el DIU.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

4.1. CONCLUSIONES

Con relación al caso clínico.

Se encontró que la Sra. Chávez presentaba un deficiente conocimiento relacionado con los cuidados de ella de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encontraba (puerperio quirúrgico), así como de aquellos que tenía que proporcionar al neonato para cubrir sus necesidades ya que recordemos que es ella la principal cuidadora del mismo. Pero además se detectó la falta de habilidad debido a su inexperiencia así como inseguridad en su realización por no contar con “alguien” que la orientara sobre la realización correcta de dichas acciones, motivo por el cual se llevo a cabo el estudio de caso clínico durante los primeros dos meses posparto tiempo que consideré necesario para el desarrollo de conocimientos y habilidades así como de la ubicación de la Sra. Chávez en su nuevo papel (madre) y la integración del recién nacido como nuevo miembro de la familia.

Al término del presente la Sra. adquirió los conocimientos y habilidades necesarias para su cuidado y el de su bebe no presentando complicación alguna por lo que concluyo que lo antes aprendido tendrá repercusiones positivas en su vida futura.

Con relación a la metodología del trabajo.

La aplicación del proceso atención de enfermería en este estudio de caso contribuyó no solamente a reforzar los conocimientos relacionados con los cuidados de la mujer durante el puerperio, sino también a conocer diferentes necesidades e inquietudes en el aspecto bio-psico-social de la usuaria. Por lo anterior, puedo concluir que efectivamente el PAE es un método de suma importancia para poder brindar cuidados de calidad de manera organizada (prioritaria) e individualizada ya que nos permite identificar los problemas reales o potenciales del usuario y la capacidad de este para solucionarlas.

MESOGRAFIA

**ALFARO, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería. 2ª ed.
Mosby / Doyma libros, España, 1992, 251 pp.**

**ALFARO, Rosalinda-Leferre, El pensamiento crítico en enfermería,
Masson, Barcelona, 1996,**

**BEISCHER, Norma A., et. al Obstetricia y neonatología, Mc.Graw-Hill-
Interamericana, México, 2000, 580 p.p.**

**BRUNNER, Lillian Sholtis, Manual de la enfermera, 4ta. ed. Mc.Graw-
Hill-Interamericana, México, 1991, 1797 p.p.**

**CÁRDENAS J., Margarita, et. al. Conceptualización de la enfermería,
ENEO-UNAM, México, 1997,**

**COLLIÉRE, Marie Françoise, Promover la vida, Interamericana-Mac.
Graw-Hill, España, 1993, 395 p.p.**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA, El proceso de enfermería,
seminario y taller, UNAM-ENEO, México, 2001, 191 p.p.**

DICCIONARIO MEDICO, 4ta. ed. Masson, México, 1998, 746 p.p.

Documento de historia de la enfermería en México, UNAM-ENEO.

**DU GASW, Beverly, Tratado de enfermería práctica, 4ta. ed., Interameri-
cana-Mac.Graw-Hill, México, 2000, 725 p.p.**

**FERNANDEZ F., Carmen, et. al Enfermería. Enfermería fundamental,
Masson, Barcelona, 2000, 422 p.p.**

HERNANDEZ, C. J. y Esteban A. M., Fundamentos de enfermería. Teoría y

- Método, Interamericana-Mc.Graw-Hill, España, 1999, 152 p.p.**
- HERNANDEZ C. J. Oposiciones de enfermería, 2da. ed. Mc.Graw-Hill-Interamericana, España, 2000, 580 p.p.**
- KEROUAC, Suzanne, et. al El pensamiento enfermero, Masson, Barcelona, 1996, 197p.p.**
- KOZIER, Bárbara, Conceptos y temas en la práctica de enfermería, 2da. ed., Mc.Graw-Hill-Interamericana, México, 1995, 654 p.p.**
- KOZIER, Bárbara, y Erb Glenora, Fundamentos de enfermería, 2da. ed. Mac.Graw-Hill-Interamericana, España, 1999,**
- KOZIER, Bárbara, et. al Enfermería fundamental. Conceptos, proceso y práctica, 4ta. ed. Mac.Graw-Hill-Interamericana, México, 1994, Vol. I y II.**
- LISE, Propelle, Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona, Mc.Graw-Hill-Interamericana, España, 1993, 352 p.p.**
- MARINER, Ann, El proceso atención de enfermería. Un enfoque Científico, Manual moderno, México, 1983,**
- MEDINA, José Luis, La pedagogía del cuidado, saberes y prácticas en la Formación universitaria en enfermería, Alertes/Psicopedagogía, Barcelona, 1999, 307 p.p.**
- NETTINA, Sandra, Enfermería práctica de Lippincott, 6ta. ed., Interamericana-Mc.Graw-Hill, México, 1999, Vol. I y II.**
- PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados enfermeros, un Sistema integrado y personalizado, Mc. Graw-Hill-Interamericana, México, 1999, 284 p.p.**

REEDER, Sharon, et. al. Enfermería materno infantil, 17^a. ed. Mac.Graw-Hill-Interamericana, México, 1995,1421 p.p.

ROSALES B., Susana y Eva Reyes G. Fundamentos de enfermería, 2da. ed. Manual moderno, México, 1999, 556 p.p.

VELAZQUEZ G., Ma. de Jesús, Normas para la enseñanza de la enfermería en México, Sección I.

WESLEY, Ruby, Teorías y modelos en enfermería, 2da. ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana, México, 1997, 179 p.p.

W. GRIFFITH, Janet, Proceso atención de enfermería. Aplicación de Teorías, guías y modelos, Manual moderno, México, 1993, 406 p.p.

YURA, H.M.B. Walsh, El proceso de enfermería, Alambra, España, 1982, 222 p.p.

ANEXOS

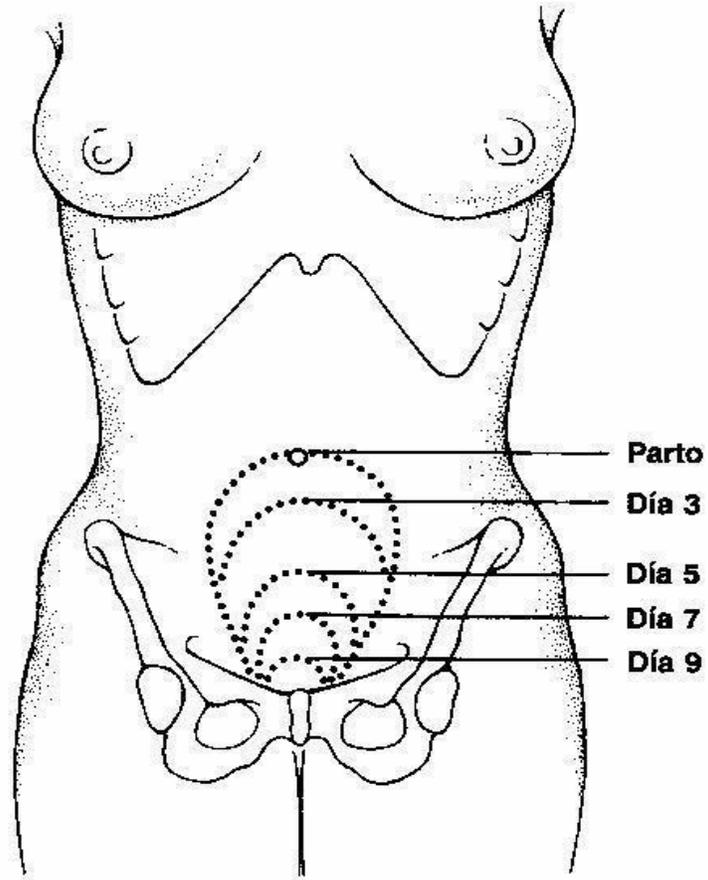
ANEXO # 1

FORMATO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN

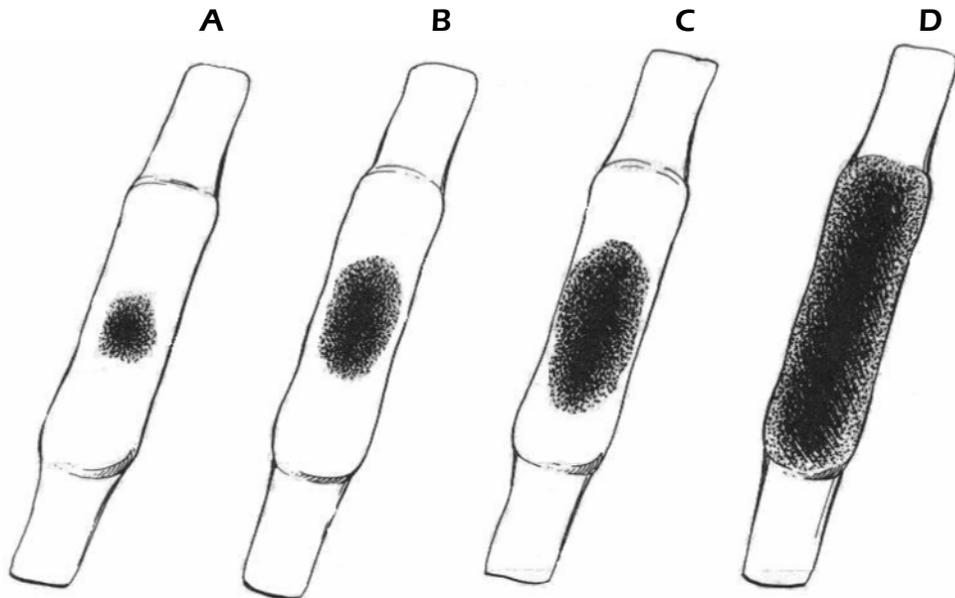
ANEXO # 2

Involución uterina



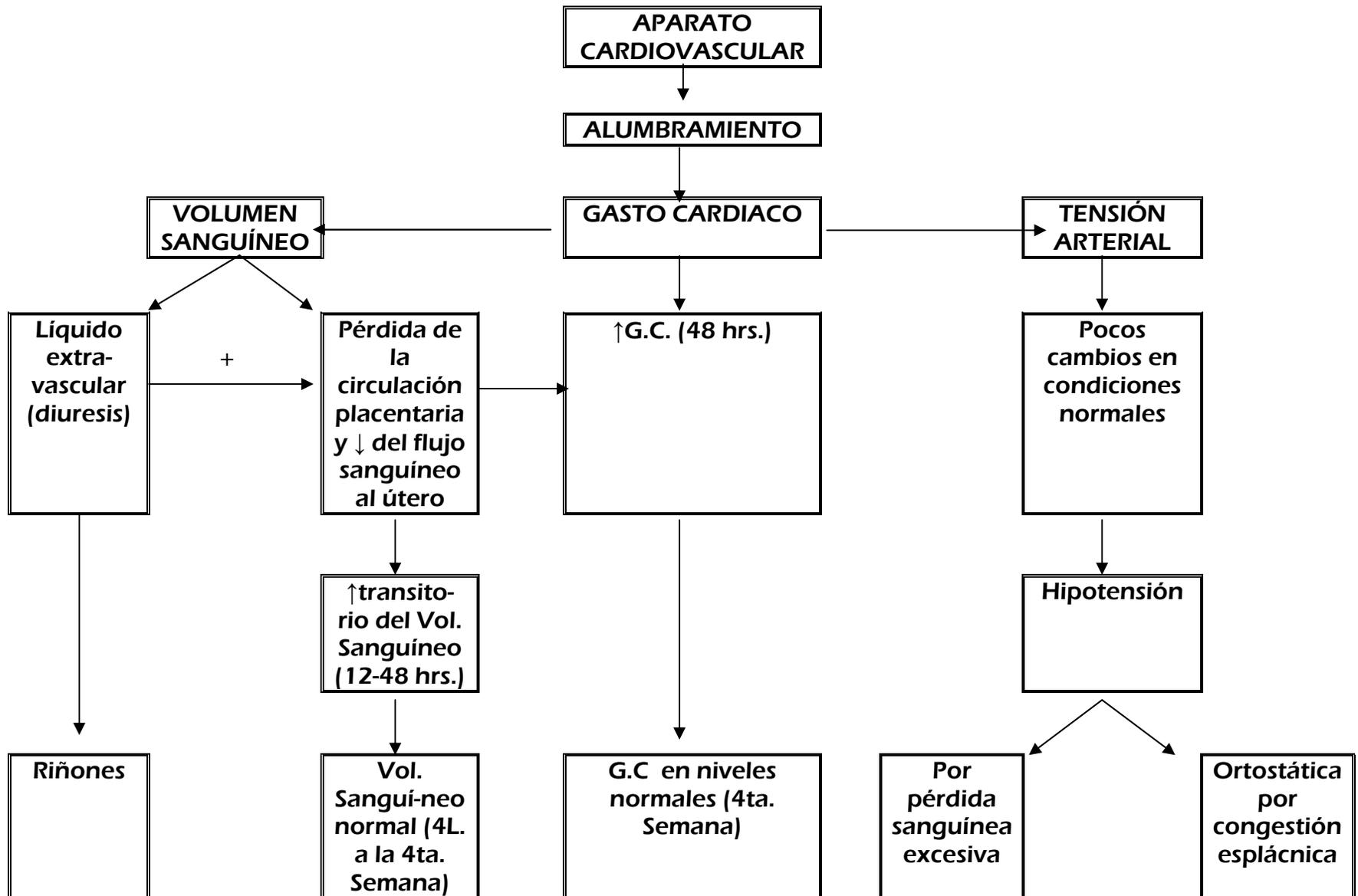
ANEXO # 3

**Valoración del sangrado transvaginal
de acuerdo a la saturación de la toalla sanitaria.**



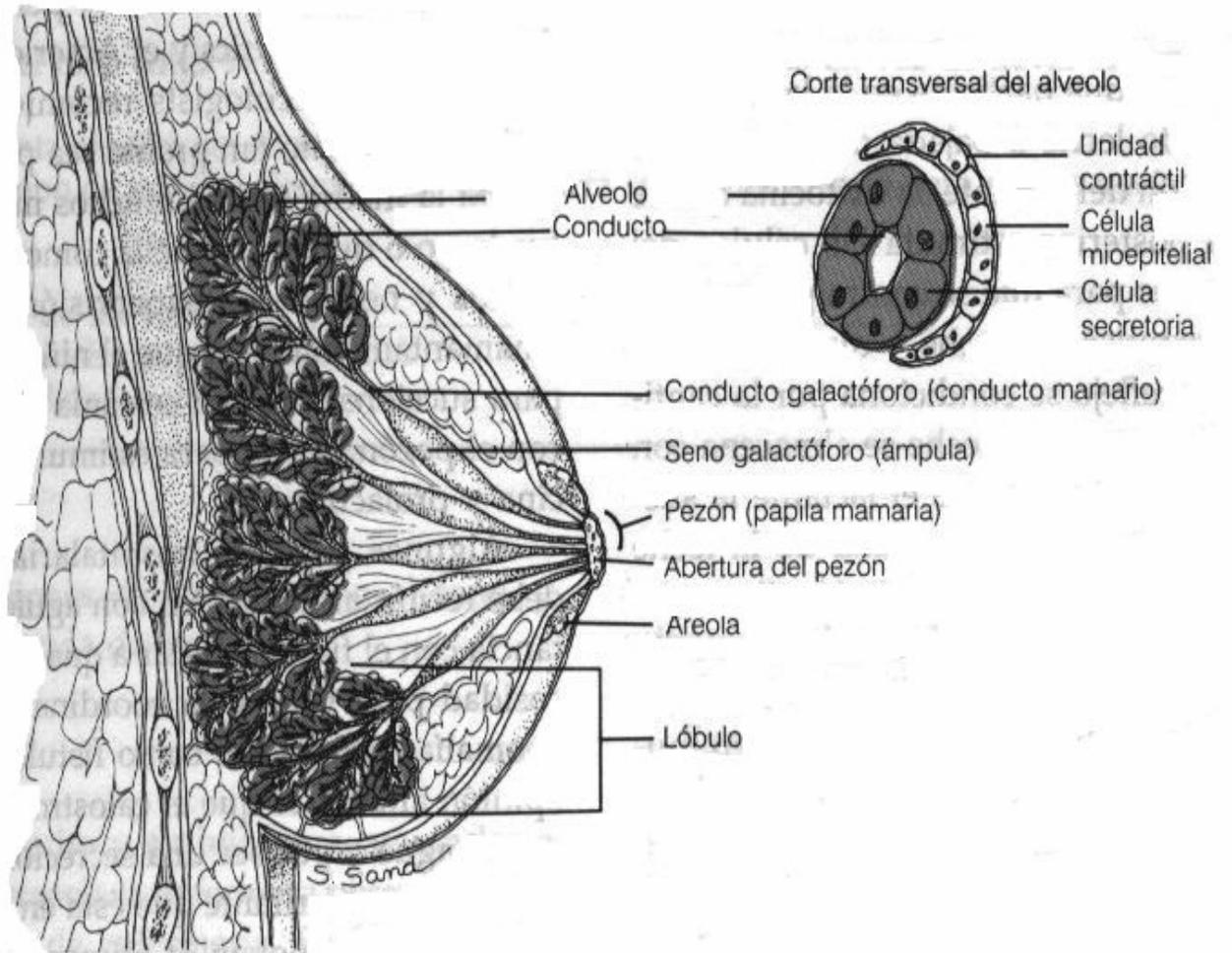
- A. Cantidad escasa. Sangra solo cuando se realiza limpieza o una mancha menor de 2.5cm en el apósito perineal.**
- B. Cantidad leve. Mancha menor de 10cm en el apósito perineal.**
- C. Cantidad moderada. Mancha menor de 15cm en el apósito perineal.**
- D. Cantidad abundante. Apósito perineal empapada en una hora.**

ANEXO # 4



ANEXO # 5

Anatomía de las glándulas mamarias.



ANEXO # 6

Fisiología de la lactancia.

