



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Adolescente cursando puerperio quirúrgico basado en el Modelo de  
Virginia Henderson.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

CALDERÓN ARRIAGA MAGALI.  
Numero de cuenta: 09904869-9

DIRECTOR DE TRABAJO:

LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



MÉXICO, D. F.

OCTUBRE, 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la máxima casa de estudios la “Universidad Nacional Autónoma de México” Que no solo se ha encargado formarme profesionalmente sino también me enseñó a ser un mejor ser humano y por que en ella encontré a mis mejores amigos.**

### **A MI ESPOSO Oscar**

**Una persona muy especial. Por estar a mi lado en todo momento, por darme la mano a cada tropiezo en mi camino para ponerme de pie, por orientarme y guiarme cada vez que me sentía perdida, por ser paciente y tolerante, por el infinito apoyo y cariño que me ha brindado ya que con el a mi lado el camino a seguir ha sido mas claro y por muchas cosas mas, no me queda más que decir GRACIAS.**

### **A MI HIJO Uriel**

**Que aunque es muy pequeño, es la razón de mi vida, y uno de mis sueños hecho realidad, porque sin darse cuenta me motiva y me inspira para seguir creciendo en lo profesional pero sobre todo como persona.**

### **A MIS PADRES Manuel y Lupita**

**A ellos no tengo palabras para agradecerles todo que han hecho y lo que han dejado de hacer por mí, para que pudiera tener una formación profesional, por confiar en mí, por su apoyo y su cariño pero sobre todo por ser mis padres.**

### **A MIS HERMANOS Manuel, Oscar y Alicia.**

**Por todos los momentos tan felices que hemos compartido, por su comprensión y apoyo pero sobre todo por estar conmigo siempre.**

### **A MIS PROFESORES. Alejandro, Martha, Raúl y Federico.**

**A ellos quiero agradecerles el apoyo, la confianza y los conocimientos que me brindaron a lo largo de la carrera, y así poder concluir una meta más en mi camino.**

## INDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA DEL TRABAJO	8

### **CAPITULO I MARCO TEORICO**

1.1 Generalidades del Proceso de Atención de Enfermería.	9
1.1.1 Concepto del Proceso de Atención de Enfermería.	12
1.1.2 Reseña histórica del Proceso de Atención de Enfermería.	13
1.1.3 Método científico y Proceso de Atención de Enfermería.	14
1.1.4 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.	15
1.1.4.1 Valoración.	15
1.1.4.2 Diagnóstico.	18
1.1.4.3 Planificación.	22
1.1.4.4 Ejecución.	25
1.1.4.5 Evaluación.	27
1.2. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.	28
1.2.1 Modelo de Atención de Enfermería.	29
1.2.2 La salud, independencia / dependencia y causas de dificultad.	31
1.2.3 La persona y las 14 necesidades.	32
1.2.4 Etapas del Proceso Científico y su Aplicación en el Modelo.	33
1.3. Patología de la paciente.	
1.3.1 Ruptura Prematura de Membranas.	36
1.3.2 Sufrimiento Fetal.	40
1.3.3 Cesárea.	45
1.3.4 Generalidades de la Adolescencia.	47
1.3.5 La Adolescente Embarazada.	48

### **CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA PACIENTE ADOLESCENTE, CURSANDO PUERPERIO QUIRURGICO.**

2.1 Presentación del caso clínico.	55
2.2 Valoración.	56
2.3 Diagnósticos.	63

2.4 Planeación.	64
2.5 Ejecución.	65
2.6 Evaluación.	74
CONCLUSIONES.	76
GLOSARIO.	77
BIBLIOGRAFÍA.	79

## INTRODUCCIÓN

La OMS declara que la salud es un bien prioritario, para el desarrollo de un país, y que un personaje clave es la enfermera y dice: ¿Las enfermeras son hoy mas necesarias que nunca?, ¿Por qué?. Porque la función de la enfermera consiste en educar, en participar en la conservación de la salud y contribuir a limitar los daños, cuando no es posible esto, ayudar a soportar la enfermedad o bien ayudar durante el duelo como resultado de la perdida.<sup>1</sup>

La enfermería esta atravesando por una etapa de cambio, como resultado de una dinámica de la sociedad y las presiones internas y externas, que en la actualidad se están ejerciendo sobre el Sistema de Salud, quien nos demanda atención de calidad y con calidez misma que se logrará dar proporcionando cuidados con juicio critico e individualizados, el método que nos proporcionan todos estos elementos es el Proceso de Atención de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado que se encarga de los cuidados de enfermería individualizados y se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.<sup>2</sup>

Este P .A. E. se aplicó con el modelo de Virginia Henderson a una paciente de 17 años que estaba cursando puerperio quirúrgico en su etapa mediata. A la cual se le practico cesárea tipo Kerr, por haberle detectado sufrimiento fetal agudo, constatado por la presencia de líquido amniótico meconial y Frecuencia Cardiaca Fetal de 115 latidos por minuto.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se extrae el producto de la concepción, a través de la pared abdominal. La cesárea se practica por causas maternas o fetales, en este caso fue por causas fetales.

La importancia de aplicarle este P. A. E. a esta paciente es principalmente porque se trata de una adolescente de estado civil soltera y de corta edad, y considero que es primordial darle cuidados individualizados que le ayuden a lograr la independencia para satisfacer sus necesidades básicas de a cuerdo a su nuevo rol de madre y las de su recién nacida.

El siguiente trabajo se desarrolla de acuerdo a las siguientes etapas:

Marco teórico, el cual contiene aspectos generales de enfermería, el proceso de atención de enfermería, sus orígenes, su relación con el método científico y las etapas que lo conforman.

---

<sup>1</sup> ZARATE G. Retos y perspectivas de enfermería en el umbral del año 2000. Revista Méx. De Enf. Cardiológica. Vol.3 No. 3 Jul – sep 1998 pag57.

<sup>2</sup> ALFARO R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. 2ª Editorial Mosby Dogma. Barcelona, España 1995. pág. 6

Se presenta el modelo de Virginia Henderson el cual se basa en 14 necesidades básicas, completadas bajo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituales y culturales. Viendo a la persona desde el punto de vista holístico para llevar de la dependencia a la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

También se presenta el proceso quirúrgico de la cesárea, sufrimiento fetal agudo, y ruptura prematura de membranas, así como la situación de la adolescente embarazada desde los aspectos fisiológico y psicosocial.

Posteriormente se presenta la aplicación del proceso de enfermería por etapas, Valoración, presentación del caso, historia clínica y análisis de las necesidades, diagnóstico de enfermería por cada necesidad, plantación, jerarquización de las necesidades y los objetivos. En la etapa de ejecución se presenta un plan de atención por cada necesidad de la paciente, con las intervenciones de enfermería, sus fundamentaciones y la evaluación global al final de cada plan. Evaluación, en esta etapa se presenta el logro de los objetivos de acuerdo a los criterios de resultado.

## JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería es la metodología que nos permite actuar, a las enfermeras(os), de modo sistemático al planificar nuestra intervención con el paciente. Es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, que permitirá cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales disminuyendo o eliminando complicaciones durante la enfermedad, a fin de hacerle regresar a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida.

El modelo conceptual constituye una estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional.

El modelo de **Virginia Henderson** es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, por que se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera profesional de comprender las necesidades del ser humano y puede ayudarle a solucionarlas y llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible, incluso durante su enfermedad.



## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la carrera sobre el proceso de enfermería para proporcionar cuidados en forma integral a una paciente obstetra, de tal manera que la atención de enfermería sea personalizada y de calidad.

### **ESPECIFICOS:**

- Valorar a la paciente con datos objetivos y subjetivos para así detectar las necesidades fundamentales que se presenten durante la etapa puerperal.
- Realizar un plan de cuidados individualizado con las atenciones de enfermería de acuerdo a las prioridades de atención que requiera la paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería para llevarla a la independencia en su auto cuidado.

## METODOLOGÍA

Se Eligió una adolescente que se practico cesárea tipo Kerr y se encuentra hospitalizada en el área de alojamiento conjunto, del HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "GRAL. JOSE VICENTE VILLADA", Edo. De México.

Con previa autorización verbal de la paciente se aplica un instrumento de valoración completo según el Modelo de Virginia Henderson, con el fin de utilizar de forma activa las etapas del Proceso de Enfermería.

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado el cual consta de cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.**

La **valoración** se obtiene por medio de la entrevista y el examen físico a través de la inspección, palpación, percusión, y auscultación, apoyándose en la aplicación de habilidades técnicas, practicas y de pensamiento crítico; con el fin de obtener los hechos necesarios para identificar los problemas de salud y necesidades del paciente.

Se realiza el análisis y síntesis de los datos obtenidos durante la valoración que nos llevará a emitir un juicio para identificar, validar y tratar de forma independiente los problemas de salud, o lo que es lo mismo especificar los **diagnósticos de enfermería** en los cuales se tendrá una intervención autónoma.

La **planificación** de los cuidados se inicia con la determinación de las prioridades incluyendo la formulación de objetivos y establecimiento de las actividades de enfermería que nos ayuden a alcanzar dichos objetivos.

Una vez terminada la planificación, se continúa con la **ejecución** que consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados. Posteriormente se procede a la **evaluación** del logro de los objetivos fijados, ya que dicha evaluación es un hecho continuo y sistemático que nos permite la adecuación de las actividades de enfermería, para distintas finalidades y tiempos, de esta forma el análisis será a un tiempo interesante y significativo.

## CAPITULO I MARCO TEÓRICO

### 1.1 Generalidades del Proceso de Atención de Enfermería.

En la actualidad se ha formado una polémica referente a que si la enfermería es una profesión o una carrera técnica, lo que mas se discute es su formación académica, y los orígenes históricos de esta, con gran arraigo religioso y el status de la mujer, pero analizando también el significado de las palabras profesión y oficio, se puede observar que sí es una profesión, ya que se entiende por ello que; se considera profesión a un grupo de personas que han obtenido un título, un status, mediante una formación, con el fin de ejercer una actividad. En la enfermería parece que el grupo de pertenencia profesional se crea mucho mas por la formación que por la naturaleza de su actividad; esta formación muestra, en si misma, desde su principio, una ideología común.<sup>3</sup>

Los conocimientos requeridos para la enfermería, deben permitirle vincularse de manera mas humana con el cliente-usuario, al proporcionarle los cuidados demandados durante su estancia hospitalaria, a la familia y a la comunidad.

Este conocimiento profundo incorpora los 4 tipos de conocimientos identificados inicialmente con Harper en 1978 y que a continuación se presentan.<sup>4</sup>

**Conocimiento Empírico:** Se refiere al conocimiento científico. Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar. Incluye procesos descriptivos, exploratorios y prescriptivos. Este tipo de conocimientos ha sido el centro de atención de Enfermería, durante los últimos 20 años (Chinn y Kramer, 1991).

**Conocimiento Estético:** Se refiere a todo aquel conocimiento expresado, a través del arte de la enfermería. Este tipo de conocimientos no ha sido bien articulado y en general es transmitido de enfermera a enfermera, a través de métodos de observación.

**Conocimiento Personal:** Se refiere al conocimiento de uno mismo. Harper dice que mientras mas la enfermera se conoce así misma, mejor podrá conocer a otras personas. Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

---

<sup>3</sup> FRANCOISE C.M. (1994). Promover la vida. 3ª Edición. Editorial Mosby/Doyma libros. España Pag10

<sup>4</sup> L. DINSPON. (1993) Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico en XIII Reunión de licenciados en enfermería. México DF. ENEO-UNAN Pág. 180 memorias.

Conocimiento Ético: se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas, que como enfermeras enfrentamos. Este conocimiento incorpora valores y requiere de clasificación con el paciente y abogacía.

Es indiscutible que los 4 tipos de conocimiento son indispensables para alcanzar un entendimiento profundo de la persona.<sup>5</sup>

### **Origen de los cuidados.**

Cuidar es mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y función, mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.<sup>6</sup>

En la historia de todos los seres vivos desde el principio de la humanidad, se encuentra fundamentalmente; asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta lo que es indispensable para asumir las funciones vitales, recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o el calor, por medio de la ropa o el refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento.<sup>7</sup>

Este arte de cuidar, insertado en la vida cotidiana, después de haber sido objeto de desprecio y descrédito con la expansión del cristianismo, que dio el poder de guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida, al sacerdote, que es al mismo tiempo el encargado de hacer el mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, es decir esta designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo, y que con sus votos de castidad modificaron todo el símbolo del contacto con el cuerpo sexuado; este hecho transformará progresivamente el concepto y significado profundo de todo el conjunto de cuidados.<sup>8</sup>

El campo de los cuidados se queda aislado, parcelado, figurado, se sustrae de las dimensiones sociales y colectivas. A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes milenarias que han sido elaborados a lo largo de la historia, y frente al problema de la vida y la muerte, cuidar se convierte en tratar la enfermedad.<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> Ídem pág. 182

<sup>6</sup> BERNAL, B. Pineda. (1996). Origen de las practicas de cuidados. Su influencia en la práctica de enfermería. ENEO UNAM México, D. F. pág. 19

<sup>7</sup> Ídem pág. 18

<sup>8</sup> COLLIER, M. F. (1999) Encontrar el sentido original de los cuidados. pág. 28

<sup>9</sup> Op. cit. Bernal pág. 20

## **Origen del arte de cuidar**

Como menciona Colliere (1999). En el curso de la historia de la humanidad, en todas las sociedades, los cuidados están relacionados con las necesidades de favorecer la fecundidad, y de asegurar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la muerte. Sin embargo, la vida y la muerte no están disociadas; la vida es el camino que conduce a la muerte, que constituye la última etapa.<sup>10</sup>

A partir del nacimiento, es decir la muerte, los cuidados representan todo lo que se ha podido desarrollar de ingenio, de creatividad, principalmente en relación a los cuidados del cuerpo y a los cuidados alimentarios para:

- Asegurar la continuidad de la vida.
- Permitir atravesar las etapas difíciles de la vida.

## **Cuidados corporales.**

Alrededor del cuerpo se elaboran los cuidados de primera necesidad que se perfilan en torno al aseo, y de ningún modo representan una práctica de limpieza sencilla tal y como muestra Ashley Montagud, sino más bien un conjunto de estímulos producidos por el tacto, por el contacto con agua, por el uso de plantas sedantes (aceites y ungüentos) y odoríferas, participando de un juego de relaciones entre el que recibe cuidados y la que los presta. Todos estos cuidados tienen por objeto contribuir a poner sobre aviso y a modelar el cuerpo sexuado, imprimiéndole mensajes de comportamiento.

Los cuidados corporales estimulan y utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo, el olfato y el tacto en particular. El olor permite detectar signos que anuncian un acontecimiento: (cuando una mujer está a punto de parir, es también el olor que permite reconocer el momento exacto del parto, la mujer mayor se guía por el olor que le indica que el bebé está a punto de salir). Pero el olfato es el que nos pone en contacto con la naturaleza, el que nos une al universo, la mujer es de alguna manera instrumento de esta unión. (De hecho, el perfume "natural" está concebido como si fuera parte de la propia naturaleza de la sustancia femenina). El olfato sirve para detectar algunas enfermedades y para identificarlas.

El tacto por las manos que movilizan fuerzas de vida y el contacto directo con la piel son fuertes de estímulo y de movilización. Las manos, al acariciar, al rozar, o al hacer presión, calman, apaciguan, relajan, alivian, dilatan o tonifican. Mueven sensaciones cenestésicas por medio de pellizcos, fricciones, estiramientos, así como sensaciones térmicas, despertando sensaciones de placer o desagrado. Aparte de las manos el contacto directo con la piel es al mismo tiempo fuente de estímulo y de bienestar, y muy

---

<sup>10</sup> Ídem pág. 28

especialmente el contacto directo con los senos, zona privilegiada de estímulo olfativo y gustativo, de recursos nutritivos y afectivos y simbólicamente zona de regeneración, de plenitud o de lugar de refugio para encontrar ternura, consuelo, alivio al dolor, del sufrimiento. Como fuente de ventajas y comodidades, el pecho de la mujer que ha dado luz es un abrazo conocido por sus efectos curativos, que calma el llanto de los niños y hasta los mayores dolores.

### **1.1.1 Concepto Del Proceso Atención de Enfermería.**

#### **Modelo de atención de enfermería.**

Un modelo de atención, es la representación esquemática de la realidad, permite la manipulación de los conceptos de una teoría antes de someterlos a la verificación en la práctica, son flexibles, se ajustan a una realidad específica, pueden surgir varios modelos sustentados en una teoría, los modelos pueden ser estudiados, comprobados y teorizados para constituirse en una teoría; Susan Leddy, apunta que la importancia de los modelos para la práctica de enfermería radica en que se somete a prueba a través de la investigación, las relaciones propuestas por un modelo, efectúan un análisis descriptivo de los cambios del individuo y modifica el cuidado, a través de la clasificación de la información que es útil durante el proceso de enfermería.<sup>11</sup>

El proceso de enfermería según a OMS (1977) es un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de sus necesidades de salud, así como la jerarquización de aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar los cuidados de enfermería ; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados, el enfermero en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupo a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar, moviliza recursos y evalúa los resultados, estos son el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en otras situaciones similares de cuidados de enfermería.

Es el método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso de la persona, así como los principios y reglas que de ser aplicados en situaciones de la vida diaria,

---

<sup>11</sup> LEDDY, Susan. (1992). Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Philadelphia OPS. pág. 174

mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos.<sup>12</sup>

### **1.1.2 Reseña histórica del proceso de enfermería.**

Anteriormente el desarrollo de los procesos, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos. Y estaban más enfocados hacia las enfermedades que a la propia persona. Con frecuencia se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por métodos científicos.

El termino P. A. E. (Proceso Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año 1955. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes formas. Para Wiedenbach (1967), el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Mas tarde Knowles (1967) sugirió que eran necesarias 5 fases para la practica de enfermería; descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE), descubrió 5 fases; percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “la interpelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado que incorpora la conducta del paciente y la enfermera y la interpelación resultante”. Catholic Universiti of America propuso 4 componentes de PAE: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.

En 1973, la American Nurses Association (ANA) publico los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso. Como el proceso de enfermería se desarrollo de ambas maneras teóricas y clínicamente, el término de enfermería gano un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería. El concepto de Diagnóstico de enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplico a la identificación de los problemas o necesidades del cliente.

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Las enfermeras de esta conferencia definieron el diagnóstico en enfermería como la “conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería”. Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia acepto el nombre de North American Nursing

---

<sup>12</sup> Op. cit. Alfaro. pág. 6

Diagnosis Association (NANDA). Como resultado de su trabajo, se desarrollo una lista de diagnósticos que fueron aceptados para su estudio y validación clínica. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado más de 100 categorías de diagnósticos.

En 1980, la ANA declaro que “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”. Dos años más tarde, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PAE en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.<sup>13</sup>

### **1.1.3 Método científico y proceso atención de enfermería.**

El método científico es un proceso de investigación, de análisis, de interpretación, de planificación y de evaluación y al relacionarlos con las etapas del PAE que son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, se propicia el desarrollo lógico y sistemático del trabajo de la enfermera respecto al cliente, y le confiere un cierto rigor científico.

Valoración: Observación (identificación del problema). Recolección y selección de datos por medio de fuentes: Directas (paciente), Indirectas (expediente, familiares, comunidad, equipo de salud, bibliografía).

Diagnóstico: Conclusión del estado de salud del paciente, familia y comunidad. Problemas reales y potenciales. Jerarquización de necesidades.

Planificación: Planeación de los estudios de enfermería y los objetivos de los cuidados.

Ejecución: Implementación del plan. Las notas o registros para dar atención de calidad. Relación enfermera-paciente y el quipo de salud, familia o comunidad, quienes hacen los ajustes necesarios para cumplir los objetivos.

Evaluación: Decisión de la eficacia del plan. Aspectos, Efectos, Esfuerzo, Eficacia. Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> KOZIER, Bárbara (1999). *Enfermería Fundamental*. Ed. Interamericana México. pág. 181

<sup>14</sup> WOLF, Weitzel, et, al. (1988) *Curso de Enfermería Moderna*. 7ª edición. Editorial. Harla. México. pág. 249-252



## **1.1.4 Etapas Del Proceso Atención de Enfermería.**

### **1.1.4.1 Valoración.**

Valoración es la primera parte de la identificación del problema en que se reúne información para asegurarse de que dispone “de todas las piezas del rompecabezas” para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

#### **Recolección de datos.**

La recolección de datos inicia con el primer contacto del paciente/ cliente con el sistema de cuidados de salud. Este se puede dar en un centro de atención primaria, consulta externa, en el servicio de admisión o urgencias.

Fuentes para reunir los datos:

- Fuente primaria: Paciente
- Fuente secundaria: Familia
- Registros de enfermería
- Registros médicos
- Consultas verbales / escritas
- Registros de estudios
- Diagnósticos
- Bibliografía relevante

#### **Tipos de valoraciones de enfermería.**

La recolección completa de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería.

Valoración de datos básicos. Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información nos dice como esta el paciente hoy, antes de iniciar la intervención, y cuales serán las bases para la identificación de las capacidades y los problemas.

Esta deberá ser planificada, sistemática, completa para asegurarse de que se obtiene toda la información pertinente. El empleo de un formato de registro para la recolección de datos de acuerdo a un modelo de enfermería es muy importante.

En el caso que se presenta en este trabajo se tomara el modelo de Virginia Henderson.

Esto obedece a que la organización de los datos básicos mediante un modelo médico ayudara a recolectar información sobre problemas médicos. Sin un enfoque holístico de enfermería, es probable que se omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser humano biopsicosocial.

Valoración focalizada. Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

La valoración focalizada es el principal método para la valoración continuada, es decir, valoraciones periódicas para monitorizar el estado del paciente.

Entrevista de enfermería y valoración física.

La entrevista de enfermería; lo que se ve y se oye durante la entrevista sirve para aportar información importante para la valoración de enfermería.

Aspectos importantes para la entrevista:

- Establecer una relación de confianza.
- Capacidad de observación.
- Saber escuchar.
- Formular preguntas bien elaboradas.

### **Fases de la entrevista.**

Fase de preparación: La enfermera la prepara revisando la información disponible en el expediente médico, también revisando literatura relativa al problema de salud del usuario. La entrevista se debe realizar en un ambiente cómodo y tranquilo cuando sea posible.

Fase de orientación: Explica al usuario el propósito de la entrevista y se familiariza con el. Se le clarifica la confidencialidad de la información.

Fase de trabajo: La enfermera centra la entrevista en las dimensiones de salud del usuario utilizando un modelo que forma la base de datos par una eventual identificación del diagnóstico de enfermería. Los datos son confirmados posteriormente.

Fase de terminación: La enfermera concluye la entrevista resumiendo la información recogida. Los problemas o diagnósticos y los objetivos de los cuidados son validados con el cliente. La enfermera explica como se

efectuara un contacto adicional con el, incluyendo la preparación de la valoración física.

Valoración física de enfermería: Se realiza conjuntamente con la entrevista de enfermería. Esto se consigue mediante un exámen completo y sistemático del paciente.<sup>15</sup>

El examen incluye las siguientes actividades:

- Inspección: Es el uso de la visión, audición y olfato para detectar las características normales o los signos significativos de las partes del cuerpo, y sirve para comprobar los datos obtenidos durante el interrogatorio.
- Auscultación: Es escuchar los sonidos creados en los organismos corporales par detectar variaciones con respecto a lo normal.
- Palpación: Consiste en utilizar las manos para tocar las partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas
- La palpación: Se utiliza para examinar todas las partes del cuerpo, utilizando las distintas partes de la mano para detectar las características de textura, forma, temperatura y movimientos.
- Percusión: Es golpear la superficie del cuerpo con un dedo para producir sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras subyacentes para verificar las anomalías valoradas mediante la palpación y auscultación.<sup>16</sup>

### **Validación de los datos.**

Se centra en asegurarse de que los datos sean reales, cerciorándose que las claves son correctas así como las inferencias o interpretaciones.

La validación de los datos nos ayuda a evitar:

- Omisiones de información pertinente
- Malas interpretaciones de situaciones
- Precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada.

---

<sup>15</sup> POTTER, Patricia. (1992). Historia de enfermería, en valoración física. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España. pág. 14

<sup>16</sup> Ídem. pág. 19-28

## **Organización de los Datos**

Tras haber reunido y validado los datos del paciente, el siguiente paso es la organización y estructuración en categorías de información que ayude a identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

Para organizar los datos es necesario definir un modelo de enfermería para asegurar que los datos nos conduzcan a la identificación de los diagnósticos de enfermería, cerciorándose de agrupar los datos relacionados con la función de órganos y sistemas corporales y así poder ver mejor los problemas relacionados con su función. El punto es hallar un buen sistema para organizar los datos y usarlo de manera consiente para adquirir experiencia ya sea sistematizada o globalizada.

## **Comunicación/Anotación de datos**

La comunicación verbal de los hallazgos significativos, por ejemplo, signos vitales anormales, dolor, problemas respiratorios o circulatorios, deben tener prioridad sobre la finalización de la anotación de los datos básicos de enfermería una vez que se hay informado de los datos significativos y se haya completado y anotado la valoración de la enfermería completa, ha llegado el momento de avanzar a la siguiente Etapa del proceso de enfermería: **Diagnóstico**.

### **1.1.4.1 Diagnóstico**

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

Durante la valoración se reunieron y examinaron los datos y se empezaron a detectar patrones de salud y enfermedad. Ahora durante esta etapa, el diagnóstico, se acabara de “ordenar todo” para identificar los problemas (que serán la base del plan de cuidados) y las capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficiente).

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico. O el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud del individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Para el cual existen principios fundamentales que sirven de guía para disminuir riesgos de los errores diagnósticos que son los siguientes:

- Iniciar intervenciones que realmente agraven el problema.
- Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema.
- Permitir que los problemas existan o progresen sin ni siquiera detectar su presencia.
- Permitir que los problemas existan o progresen sin ni siquiera detectar su presencia.
- Iniciar intervenciones que no son lesivas pero que malgastan el tiempo y la energía de todos.
- Influir en otros de que el problema existe tal como erróneamente se ha descrito.
- Colocarse así misma en el peligro de responsabilidades legales.

### **Diagnósticos de Enfermería contra problemas interdependientes.**

Carpenito (1987) dice que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnósticos de enfermería. Ella cree que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas: los diagnósticos de enfermería (que implican el rol independiente de la enfermería) y los problemas interdependientes (que implican el rol independiente o de la colaboración de la enfermera). He aquí como define ella estos problemas:

**Diagnóstico de enfermería.** Una formulación describe la respuesta humana (un estado de salud/alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

**Problema interdependiente.** Complicación fisiológica que es o puede ser resultado de situación fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento. Las enfermeras realizan el control de inicio/estado y colaboran con el médico para su tratamiento definitivo.

Alfaro, Rosalinda las define de la siguiente manera:

**Diagnóstico de enfermería.** Un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

**Problema interdependiente.** Un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> CARPENITO, Linda (1995). Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España. pág. 6

## **Los diagnósticos de enfermería de la NANDA.**

La lista de la NANDA es el inicio de una lista de términos propuesto para problemas de salud sugeridos que pueden ser identificados y tratados por las enfermeras.

Cada una de las etiquetas de las categorías diagnosticas aceptadas por la NANDA consta de tres componentes, titulo, características definitorias y factores etiológicos o relacionados.

Titulo o etiqueta: Ofrece una descripción concisa del problema de salud.

Características definitorias: Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en el diagnostico en particular.

Factores etiológicos y contribuyentes: Identifican aquellos factores situacionales patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

## **Tipos y componentes de los diagnósticos de enfermería.**

Diagnóstico de enfermería real:

Un diagnóstico de enfermería real presenta un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Enunciado:

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

Definición:

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

## **Características que lo definen.**

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

## **Factores relacionados.**

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en varias categorías:

- Fisiopatológicos: Biológicos y psicológicos.
- De situación: Ambientales personales.
- De maduración.

Cuando se escriban las formulaciones diagnósticas para un diagnóstico de enfermería real, se puede utilizar el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para describirlo. Es decir se escribe una formulación en tres partes que incluye lo siguiente.

1. El problema (P).
2. La causa o etiología (E).
3. Los signos y síntomas (características definitorias) que son evidentes en el paciente (S).<sup>18</sup>

## **Diagnósticos de enfermería con alto riesgo.**

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es “un juicio clínico de que un individuo, una familia, una comunidad son mas vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar”. En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase “potencial de”. Sin embargo en la actualidad todos los diagnósticos de enfermería potenciales comienzan por “alto riesgo de”. El concepto de potencial o real es de utilidad clínica; las enfermeras previenen de forma rutinaria problemas en clientes que no tienen alto riesgo. La validación para apoyar un diagnóstico real esta en los signos y síntomas.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa del estado de salud del cliente va precedido por el termino “alto riesgo de”.

Es estos diagnósticos la definición expresa el significado claro y conciso del diagnostico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferenciar entre diagnósticos similares.

Factores de riesgo.

Representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos factores diferencian a los clientes y grupos de alto riesgo del resto de la misma población que tiene un alto riesgo. Antes de 1990, el termino “características que lo definen” se utilizo para describir los factores de riesgo para diagnósticos de enfermería potenciales. Sin embargo, las

---

<sup>18</sup> Idem pag. 17

revisiones de la NANDA de 1990 piden, hoy día, que las características definitorias se empleen en asociación con los diagnósticos de enfermería reales.<sup>19</sup>

### **Diagnósticos de enfermería posibles.**

La palabra “posible” se utiliza en los diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero no requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados. La NANDA no trata los diagnósticos posibles debido a que no son temas a clasificar, sino una opción disponible para todos los diagnósticos de la NANDA aprobados. Con un diagnóstico de enfermería posible, la enfermera tiene algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado, pero que son insuficientes.<sup>20</sup>

#### **1.1.4.3 Planificación.**

Planificación, es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico de enfermería.

Consta de 4 etapas:

##### 1. Fijación de prioridades.

La actividad de establecer prioridades ocurre durante la fase inicial de la planificación y de la fase de ejecución. Durante la fase inicial de la planificación es necesario fijar prioridades para planificar los cuidados de enfermería. Durante la fase de ejecución, deberá asignar prioridades diariamente.

Esta fase inicial incluye:

- Determinar los problemas que requieran atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordan en el plan de cuidados de enfermería (aquellos que son inmensurables o complejos).
- Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control o tratamiento.

---

<sup>19</sup> Idem pag. 19

<sup>20</sup> Idem. pag. 21



Principios básicos para la fijación de prioridades.

La asignación de prioridades estará influida por lo siguiente:

La percepción de prioridades del propio cliente: Preguntarle a la persona que es lo que en su opinión es más importante y se le explican las razones si se tienen que imponer unas prioridades distintas a las que él sugiere.

El plan general del tratamiento. Se ven las indicaciones médicas y priorizar dependiendo del tratamiento.

El estado general de la salud del cliente. Va a depender del estado de gravedad o evolución en el momento en que se establece la intervención de enfermería.

La presencia de problemas potenciales. Se debe valorar el riesgo en que se sitúa el paciente en ese momento.

## 2. Establecimiento de objetivos.

Los objetivos o resultados esperados pueden clasificarse en tres dominios; cognitivo, afectivo y psicomotor. A continuación hay una descripción de cada uno:

- Competencia cognitiva: Son los resultados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
- Competencia psicomotora: Son los resultados que tratan el desarrollo de habilidades psicomotoras.
- Competencia afectiva: Resultados asociados con cambios de actitudes, sentimientos o valores.

Después de la fijación de prioridades, el establecimiento de objetivos realistas es la tarea más importante de la fase de planificación. Y es así debido a las siguientes razones:

- Los objetivos son los pilares del plan de cuidados.
- Los objetivos dirigen las actuaciones.
- Los objetivos son factores de comunicación.

Objetivos a corto y largo plazo.

Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo (OLP) son aquellos que deben lograrse en un lapso de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses. Se pueden fijar varios objetivos a corto plazo para alcanzar objetivos a largo plazo.

Propósitos de los objetivos del cliente.

Proporcionar una dirección para planificar las actividades de la enfermera que alcance los objetivos y se anticipe a los posibles cambios del cliente. Y para establecer los criterios de evaluación que mediaran la eficacia de la intervención.

### 3. Criterios de resultados.

Los criterios de resultado son afirmaciones que describen las respuestas del cliente de forma específica, observable y cuantificable. Determinan si el objetivo se ha alcanzado y, por lo tanto, son fundamentales para la evaluación.

Finalidades de los criterios de resultados:

Dirigir las actividades de enfermería.

Proporcionar tiempo para planificar las actividades.

Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.

Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuando se ha resuelto el problema.

### 4. Determinación de actividades de enfermería.

Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y promover, mantener y restaurar la salud, y son las siguientes:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar el estado de las ya existentes.
- Realizar educación sanitaria del paciente para ayudar a los clientes a adquirir nuevos conocimientos respecto al cuidado de su propia salud.
- Asesorar a los clientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de su propia salud.
- Consultar con otros profesionales el cuidado de la salud y derivar a los clientes a ellos para que obtengan las directrices adecuadas.
- Realizar acciones específicas de tratamiento para eliminar, reducir o resolver los problemas de salud.
- Asistir a los clientes a realizar actividades por sí mismos.
- Consideremos el rol de la enfermera de valorar, enseñar, aconsejar y asesorar cuando proporciona cuidados al paciente.

Determinación de las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería.

La determinación de las intervenciones para los diagnósticos de enfermería específicos implica determinar las acciones o actividades de enfermería que logran los resultados esperados establecidos.<sup>21</sup>

### **Documentación del plan de cuidados.**

Un plan de cuidados es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo.

Fines del plan de cuidados:

Proporcionar un cuidado individualizado al cliente.

1. Asegurar la continuidad del cuidado. Un plan por escrito implica la organización y la comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen el cuidado del cliente.
2. Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evaluación. El plan de cuidados perfila específicamente que observaciones hacer, que actividades hay que desarrollar y que instrucciones hay que dar al cliente y a la familia.
3. Ayuda a organizar el trabajo en el servicio.

Para cumplir estos fines, el plan de cuidados de enfermería deberá cumplir lo siguiente:

- Objetivo a largo plazo.
- Diagnóstico de enfermería y sus correspondientes resultados esperados.
- Ordenes específicas de enfermería.
- Un espacio para comentarios de evaluación.<sup>22</sup>

#### **1.1.4.4 Ejecución.**

Bulecheck y McCloskey (1985) definen la actuación de enfermería (ejecución) como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

Actividades de la fase de ejecución.

---

<sup>21</sup> Op. cit. Kozier pag. 226

<sup>22</sup> Ídem pág. 237

### **Recolección continúa de datos.**

La recolección continua de los datos proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado. Dependiendo de la situación, debe estar dispuesta a cambiar las actividades según sea necesario: Las intervenciones que ayer fueron apropiadas, hoy pueden ser inútiles incluso perjudiciales.

También nos puede proporcionar información clave sobre la adecuación de los diagnósticos de enfermería al cliente.

### **Establecimiento de prioridades diarias.**

Se requiere de habilidad para fijar las prioridades diarias en la ejecución del plan de cuidados, pues se tiene que valorar diariamente y ser flexible. En esta etapa se sugiere considerar los principios básicos para la fijación de prioridades que se mencionaron en la etapa de planificación.

### **Realización de las actividades de enfermería.**

- La ejecución de las actividades de enfermería incluye lo siguiente.
- Realizar directamente una actividad para el cliente.
- Ayudar al cliente a realizar una actividad por si mismo.
- Supervisar al cliente (o familiar) en las elecciones que debe de hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) del cliente para detectar posibles complicaciones y/o problemas.

Para describir las actividades de enfermería con frecuencia se utilizan los términos: Independientes, interdependientes y dependientes.

**Independientes.** Las funciones independientes son aquellas actividades que se consideran que están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento. Estas acciones no necesitan una orden médica.

**Interdependientes.** Son aquellas que se llevan acabo junto con otros miembros del equipo de salud.

**Dependientes.** Son las actividades que se llevan acabo basándose en las órdenes médicas. Esto incluye la administración de medicamentos, o tratamientos específicos.

### **Registro de los cuidados de enfermería.**

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los cuidados de salud. Las notas de enfermería que se escribirán se convertirán en parte del registro legal permanente del paciente, un registro que puede, mas tarde, ser presentado como evidencia ante un tribunal de justicia. Estas anotaciones serán la comunicación escrita más

actual de lo que ha sucedido al paciente durante el curso del día. Unas buenas anotaciones de enfermería claras y reales reforzaran los cuidados del paciente porque comunicaran los aspectos pertinentes de su salud y ayudaran a los demás a valorar sus patrones de respuesta. Las anotaciones pueden proporcionar la única prueba de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería.

#### **1.1.4.5 Evaluación**

Esta etapa consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos.

Constituye un proceso continuo y terminal: Continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta como reacciona el cliente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no. Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

Actividades de la fase de evaluación.

##### **Establecimiento de criterios de evaluación.**

Los criterios que se establezcan para la evaluación de los objetivos del cliente, serán los mismos que los objetivos o criterios de resultado que se identificaron en el plan de cuidados.

##### **Evaluación del logro de los objetivos del cliente.**

La evaluación del logro de los objetivos por parte del cliente empieza con la valoración. Esto significa que se tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado de salud actual y responder a las siguientes preguntas:

- ¿Los problemas son los mismos que se definieron originalmente?
- ¿Son los más complicados que los que se describieron al principio?
- ¿Han surgido nuevos problemas?

Una vez respondidas estas cuestiones, debe preguntarse:

- ¿Estamos a punto de comprobar el logro de los objetivos?

##### **Identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos.**

Para identificar las variables que afectan el logro de los objetivos, se tendrá que examinar lo que sucedió durante las fases de planificación y ejecución, y responder a las siguientes preguntas:

¿Los objetivos e intervenciones fueron realistas para este cliente en concreto?

¿Se realizaron las intervenciones coherentemente, tal como se prescribieron?

¿Los nuevos problemas o respuestas adversas del paciente se detectaron suficientemente pronto como para hacer los cambios apropiados en el plan de cuidados?

### **Modificación del plan de cuidados.**

Cuando se comprueba la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera tiene que completar los siguientes pasos:

1. Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos de alguna manera para indicar que son nuevos.
2. Revisar los diagnósticos, poniendo fecha en los nuevos.
3. Revisar las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos.
4. establecer nuevas estrategias que corresponden a los diagnósticos, incrementando o disminuyendo las necesidades de cuidados del cliente, cambiando los calendarios y reorganizando las actividades de enfermería, agrupando actividades similares o permitiendo mayores periodos de descanso y actividad del cliente.
5. cambiar los criterios de resultado, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

### **1.2 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas Cita, Missouri. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército y se graduó en 1921. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929, ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester.

Henderson se desarrollo como autora e investigadora; publicó la sexta edición del libro Principios y Prácticas de Enfermería en 1978. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos se han traducido en más de 25 idiomas. En la década de los 80s, Henderson permaneció activa como socia emérita de investigación en Yale, sus conclusiones e influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Cristiane Reimann. (Marriner, 2007).

Henderson ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del *textbook of the principles and practice of Nursing* de Hauner y Henderson. Henderson indica que la “La única función de la enfermera es atender 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 podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más pronto posible”. (Fernández 1999).

### **Modelo de atención de enfermería.**

Un modelo de atención, es la representación esquemática de la realidad, permite la manipulación de los conceptos de una teoría antes de someterlos a la verificación en la práctica, son flexibles, se ajustan a una realidad específica, pueden surgir varios modelos sustentados en una teoría, los modelos pueden ser estudiados, comprobados y teorizados para constituirse en una teoría; Susan Leddy, apunta que la importancia de los modelos para la práctica de enfermería radica en que se somete a prueba a través de la investigación, las relaciones propuestas por un modelo, efectúan un análisis descriptivo de los cambios del individuo y modifica el cuidado, a través de la clasificación de la información que es útil durante el proceso de enfermería.<sup>23</sup>

El proceso de enfermería según a OMS (1977) es un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de sus necesidades de salud, así como la jerarquización de aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar los cuidados de enfermería ; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados, el enfermero en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupo a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar, moviliza recursos y evalúa los resultados, estos son el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en otras situaciones similares de cuidados de enfermería.

Es el método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso de la persona, así como los principios y reglas que de ser aplicados en situaciones de la vida diaria,

---

<sup>23</sup> LEDDY, Susan. (1992). *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. Philadelphia OPS. pág. 174

mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos.<sup>24</sup>

A partir de esto se define una serie de conceptos y subconceptos básicos que son:

En primer lugar LA PERSONA: Establece 14 necesidades en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

- Las personas deben mantener el equilibrio biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúen entre si.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.

En segundo lugar LA SALUD: La ve en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, dice que:

- Salud, es calidad de vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene fuerza de voluntad y conocimientos necesarios.

En tercer lugar reflexiona sobre EL ROL PROFESIONAL:

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.

Y finalmente considera el ENTORNO en el que se desarrolla el paciente, considerando los aspectos socioculturales de relación y económicos, biológicos, espirituales, psicológicos y cognitivos, dice que todos estos aspectos influyen en la vida el desarrollo del organismo de la persona; los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

Las enfermeras debemos de conocer los hábitos sociales y las practicas religiosas para valorar los riesgos.

Al hablar de las necesidades sabemos que son comunes a todos los individuos y que cada uno tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de sus vidas. Sin embargo debemos considerar que las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades son determinadas por los aspectos de tipo SOCIOCULTURAL, BIOLOGICO, ESPIRITUAL Y PSICOLOGICO, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación entre las

---

<sup>24</sup> Op. cit. Alfaro. pág. 6



diferentes necesidades, lo cual implica que cualquier modificación en una de ellas, puede dar lugar a alteraciones en las restantes.

### **1.2.2 La salud independencia/dependencia y causas de dificultad.**

El autor menciona que hay que valorar el estado de la persona como un todo, esto desde un punto de vista holístico, sugiere que se interrelacionen las diferentes necesidades de acuerdo a los criterios de INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA.

**INDEPENDENCIA.-** La define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, lleva a cabo acciones adecuadas para satisfacerlas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. Como ejemplo “usar prendas de vestir adecuadas”, esto sería de acuerdo a su edad, clima, aspectos socioculturales, etc.

**DEPENDENCIA:** Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades, llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten o sean suficientes para conseguir la satisfacción de sus necesidades.

Estos criterios deben de ser considerados con los componentes específicos de la persona como son los biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Cuando no se tiene independencia en el logro de la satisfacción de las necesidades de forma continua aparece la dependencia que según HENDERSON se debe a tres causas de dificultad y que identifica como:

**FALTA DE FUERZA:** Interpreta la Fuerza como no solo como capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

**FALTA DE CONOCIMIENTOS:** Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación y enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**FALTA DE VOLUNTAD:** Se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas de alguna de ellas puede dar lugar a la independencia total o parcial, así como total permanente. Ante lo cual el tipo de intervención de la enfermera puede ser de suplencia o de ayuda según el grado de dependencia identificado.

### 1.2.2 La persona y las 14 necesidades.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. **Oxigenación:** Contempla las condiciones de ventilación de la vivienda, hábitos de tabaquismo, patrón respiratorio.
2. **Nutrición-Hidratación:** Contempla sus hábitos alimentarios, consumo de líquidos, alergias alimentarias y hábitos de alcoholismo, condiciones de hidratación de la piel, mucosas, uñas, dentadura y funcionamiento muscular y esquelético.
3. **Eliminación:** Contempla los hábitos de eliminación intestinal y urinaria, tipo de sudoración, relación del estrés con la eliminación.
4. **Termorregulación:** Contempla temperatura corporal, transpiración, condiciones de temperatura del entorno físico y sensibilidad a los cambios climáticos.
5. **Moverse y mantener una buena postura:** Contempla sus hábitos de ejercicio, actividad, ocio estado del sistema esquelético, dolor, estado emocional.
6. **Descanso y sueño:** Contempla hábitos de sueño, descanso, relajación, estado emocional.
7. **Uso de prendas de vestir adecuadas:** Contempla el significado de la ropa en relación de su imagen, cultura, religión y estado emocional.
8. **Higiene y protección de la piel:** Contempla sus hábitos higiénicos.
9. **Evitar peligros:** Contempla la pertenencia a una familia, mecanismos de defensa, actitudes ante situaciones de tensión y de responsabilidades entre eventos nuevos, condiciones ambientales del hogar y trabajo.
10. **Comunicarse:** Contempla relaciones interpersonales sociales y de trabajo, relaciones de rol en la estructura familiar. Estado de los órganos de los sentidos.
11. **Vivir según sus creencias:** Contempla valores personales y creencias religiosas que guían sus elecciones y decisiones.
12. **Trabajar y realizarse:** Contempla su actividad ocupacional, distribución del tiempo que dedica a su trabajo y a su familia expectativas en relación a su rol.
13. **Aprendizaje:** Contempla el nivel de conocimientos.
14. **Recrearse:** Contempla las actividades recreativas que son de su predilección y la frecuencia del desarrollo de estas.

### **5.4.3 Etapas del proceso científico y su aplicación en el modelo.**

Primera etapa:

La recogida de datos permite hacer inventario de todo lo que se refiere al cliente. En líneas generales, se puede afirmar que esta etapa nos ofrece información sobre lo que es, de que se sufre, sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Segunda etapa:

Análisis e interpretación de los datos recogidos sobre el cliente, que hacen posible que veamos con claridad cual es el problema específico de dependencia y la fuente de dificultad que lo provoca. En otras palabras, permite realizar el diagnóstico de cuidados.

Tercer Etapa:

La planificación permite determinar los objetivos que deben de perseguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el cliente no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia tiene dos variantes: la elaboración de los objetivos de los cuidados y la planificación de las intervenciones. Los objetivos indican el resultado que se quiere conseguir en el cliente, y la planificación de intervenciones determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.

Cuarta Etapa:

La ejecución es la puesta en práctica por parte de la enfermera del plan de enfermera del plan de intervenciones elaborado.

Quinta etapa:

La evaluación de los cuidados consiste en volver hacia atrás para evaluar si el proceso que se ha seguido y los resultados obtenidos son validos o no. Esta revisión permite comprobar si se han seguido y los resultados obtenidos son validos o no. Esta revisión permite comprobar si se han conseguido los objetivos, y si es necesario incorporar nuevos datos surgidos de la evolución del estado del cliente.



Una vez seleccionados los objetivos, la enfermera está en posición de obtener informaciones que demuestran las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de esas informaciones, puede llegar a deducir cuál es el problema del cliente y a establecer un diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de la enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados (elementos etiológicos secundarios).

### **Foco de la intervención de enfermería**

La intervención de enfermería debe centrarse directamente en la fuente de dificultad, así como la manifestación de dependencia provocada por ella. Así, frente a un problema de retención urinaria debido a los efectos de la anestesia en un operado, la enfermera no puede actuar únicamente sobre la retención, que es lo que constituye el problema de dependencia del cliente. Por el contrario, cuando se trata de insuficiencia de conocimientos, sus intervenciones pueden dirigirse directamente a la fuente de dificultad. Una enseñanza adecuada puede, en este caso, corregir el problema.

### **Identificación de las fuentes de dificultad o factores etiológicos**

Otra etapa que hay que superar para establecer un diagnóstico de cuidados consiste en determinar, en la medida en que sea posible, las causas del problema de dependencia, es decir, las fuentes de dificultad. Una fuente de dificultad es un impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales; en consecuencia, es el origen del problema de dependencia del cliente, o lo que contribuye a él. En definitiva, se trata del factor etiológico, de la causa del problema. Puede estar relacionado con

factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual, o con un déficit de conocimientos.

### **Fuentes de dificultad denominadas (posibles)**

Cuando la enfermera se encuentra ante un problema, puede ocurrir que se dé cuenta de que allí hay una independencia, pero le resulta difícil identificar con precisión a fuente de dificultad. Cree que existe una; pero no esta absolutamente segura.

En este caso, podremos afirmar, como dice Glover Mayers (1972:30), que se trata de una dificultad posible. Cuando la complejidad de un fenómeno no permite afirmar con certeza cuál es la fuente de dificultad debe ser calificada como (posible)

Realidad o eventualidad de los problemas de dependencia y de sus fuentes de dificultad.

Las fuentes de dificultad ejercen sobre la dependencia de la persona una influencia que puede variar, según se pueda decir que están presentes de forma real o sólo potencialmente. De ahí que sobre un problema podamos decir que (que están presente) o que (es posible) o que (es posible que aparezca). Como dice Glover Mayero (1972:33), un problema puede ser actual y provocar manifestaciones visibles de dependencia en la persona (por ejemplo, una úlcera bajo los senos, debido ala falta de higiene) o puede ser solamente un problema potencial, es decir, que hipotéticamente puede presentarse por ejemplo, en una persona de edad avanzada, encamada o con escaras es siempre un peligro potencial que la enfermera debe prevenir. En estos casos, se habla de alto riesgo de atentado a la integridad de la piel.

La identificación de las dificultades (actuales) es muy familiar para a los profesionales de los cuidados, pero el reconocimiento de las dificultades (potenciales) del cliente puede que lo sea menos. Sin embargo, la enfermera da a su trabajo una dimensión preventiva muy interesante.

### **Factores (contribuyentes) o factores etiológicos secundarios**

Ocurre a veces que, tras identificar la fuente de dificultad principal de un problema la enfermera se da cuenta –por el análisis de los datos recogidos– que este elemento no actúa en solitario. Hay otros factores que entran también en juego y que complican la influencia de la fuente de la primera dificultad. Se trata de los factores (contribuyentes) que pueden denominarse también (factores etiológicos secundarios).

### **1.3 Patología de la paciente.**

#### **1.3.1 Ruptura prematura de membranas.**

Definición.

Es la salida del líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto, y en embarazo de más de 20 semanas.

Etiología

La etiología se considera multifactorial y se puede dividir en cuatro grandes grupos:

- Desarrollo deficiente de las membranas ovulares
- Que se relaciona con deficiencia de ácido ascórbico.
- Factores exógenos.

Gran multiparidad, ya que estas pacientes provienen de un medio socioeconómico bajo con deficientes condiciones, higiénico-dietéticos; por su alto grado de paridad las condiciones cervicales y vaginales predisponen a la ruptura.

- Procesos inflamatorios
- Infecciones cervicovaginales.
- Factores mecánicos.

Traumatismos directos sobre abdomen, indirectos como el coito, la incompetencia ístmico cervical, la sobre distensión de las membranas como en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar, las presentaciones y situaciones anormales.

La ruptura de membranas pueden producirse por una menor resistencia de las membranas, por un aumento de la presión intrauterina o por ambos, sin embargo la posibilidad de que una presión intrauterina intensa sea una causa independiente de R. P. M. no está apoyada por las observaciones clínicas ya que las pacientes pueden tolerar fuertes contracciones uterinas y grandes presiones intrauterinas originadas por polihidramnios durante periodos prolongados sin que se rompan las membranas, por lo tanto la R.P.M. es una reducción de la resistencia de las membranas. Estas pueden perder su fuerza tensa por efecto de proteasas bacterianas, otros productos de metabolismo bacteriano o por distensiones repetidas debidas a las contracciones.

La actividad uterina provoca un endurecimiento por tensión sobre las membranas seguido del desarrollo de grietas microscópicas que reducen la capacidad para tolerar aumentos normales de presión. Las membranas

debilitadas por cualquiera de estos mecanismos podrán romperse bajo el efecto de una presión normal.<sup>25</sup>

Perdidas altas: En algunos casos la R.P.M. es el resultado de una pérdida alta. Es un término que se utiliza para describir una pérdida de líquido originada por un desgarro en las membranas que se encuentran por encima del segmento inferior del útero. La mayoría de los pacientes con pérdidas altas presentan pequeñas pérdidas y muestran una cantidad normal de líquido en la exploración ecográfica. Las pérdidas altas pueden cerrarse espontáneamente y no suelen asociarse con complicaciones fetales y maternas, el diagnóstico de pérdida alta resulta difícil.

La fuente de infección son las bacterias que suelen estar presentes en la vagina o en el cérvix. Las bacterias que con más frecuencia aparecen en el líquido amniótico son: *Mycoplasma Hominis*, *bacteroides biuvis*, *gardenella vaginalis*, *estreptococo del grupo B*, *escherichia coli*, *fosobacterium sp*, y *enterococo*, casi todos estos organismos forman parte de la flora vaginal y unos son más virulentos que otros. Se ha prestado atención al *Estreptococo del grupo B* en relación con la R.P.M. pues este organismo se ha encontrado con mayor frecuencia en pacientes que presentan corioamnioitis. Las pacientes presentan por lo general R.P.M. en edades gestacionales tempranas y una duración menor del periodo de latencia.

El mecanismo de infección ascendente no está claro. En circunstancias normales las membranas están separadas por la flora vaginal por el cerviz y el moco endocervical. Es posible una actividad uterina ni reconocida provoque cambios cervicales que faciliten la infección ascendente.

Otros factores que la pueden facilitar son la incompetencia cervical, las exploraciones pélvicas repetidas y el coito. El efecto de las contracciones uterinas sobre la resistencia de las membranas no parece ser tan directo como el efecto de la infección.<sup>26</sup>

Cuadro clínico.

Salida brusca y espontánea de líquido por los genitales que persiste en forma continua o intermitente, acentuándose con los movimientos o con los esfuerzos.

Vagina húmeda. Es posible provocar la salida del líquido en mayor cantidad al rechazarse la presentación y si se hace presión en el fondo uterino o se hace pujar a la paciente.

---

<sup>25</sup> IMSS (1995). Ruptura Prematura de Membranas. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. México. pág. 94

<sup>26</sup> PEREZ, Sánchez A. (1992). Ruptura Prematura de Membranas. 2ª edición. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile pág. 511-516

### Criterio diagnóstico

La salida brusca y espontánea de líquido por los genitales referida por el paciente y la corroboración de este síntoma mediante la exploración vaginal simple o con espejo vaginal, son datos suficientes para establecer el diagnóstico de ruptura de membranas. Sin embargo, el no demostrar la salida de líquido amniótico no descarta el diagnóstico y es entonces cuando se deben de practicar exámenes de laboratorio y gabinete:

- Cristalografía de líquido amniótico
- Coloración de azul de nilo
- Prueba de evaporación
- Examen ecosonográfico
- Fluorescencia intra amniótica
- Prueba de diaminoxidasa
- Floronectina fetal.
- Prueba de la alfafetoproteína.

### Diagnóstico diferencial.

- Leucorrea

### Tratamiento.

1. Hospitalizar a la paciente.
2. Evaluar la edad, paridad, número de productos vivos edad real del producto, signos vitales y condición del cérvix.
3. Una vez precisado el diagnóstico de ruptura de las membranas, la variedad de posición, las condiciones del cervix y la presencia o ausencia de alguna otra complicación médica u obstétrica deberán limitarse al mínimo las exploraciones vaginales.
4. Solicitar grupo sanguíneo, factor Rh, biometría hemática, química sanguínea, cultivo de secreciones genitales y uterinas.
5. Ante signos de infección amniótica, indicar tratamiento antimicrobiano con penicilina sódica de 5 000 000 U cada 4 horas IV asociada a gentamicina, 80 mg.
6. Ante la certeza de la ruptura de membranas la conducta obstétrica es la interrupción del embarazo.



7. En la infección amniótica comprobada, con producto vivo viable, hacer inducto-conducción en 12 hr como máximo. En caso de no obtener respuesta practicar cesárea.
  - Cesárea tipo Kerr: Practicar inicialmente un ojal para extraer el líquido amniótico y posteriormente extraer el producto y efectuar la revisión manual de la cavidad uterina.
  - Cesárea-histerectomía: Cuando la paridad es satisfecha y el grado de infección es severo.
8. En infección amniótica comprobada, con producto muerto, paridad no satisfecha y edad gestacional avanzada, solicitar, además de los estudios rutinarios: Fibrinogeno, pruebas de coagulación completas y pruebas cruzadas para tener sangre disponible; inductoconducción en 12 hr. como máximo, en caso de no obtener respuesta practicar cesárea.
9. En infección amniótica severa, productos muertos, y paridad satisfecha practicar histerectomía en bloque.<sup>27</sup>

## Complicaciones materno-fetales

### Maternas

La principal complicación es la corioamnioititis que se presenta como promedio en el 11% de los casos y varía desde el 0.7 hasta el 29.5 %

La explicación de esta infección es por:

- La eliminación de la barrera corioamniótica que protegía y evitaba el paso de gérmenes patógenos de la vagina a la cavidad amniótica.
- Alcalinización del medio vaginal por el paso del líquido amniótico a la cavidad vaginal, en consecuencia la destrucción de los basilos de Doderlain.

La corioamnioititis que se trata oportunamente evoluciona hacia la curación: de no ser así se puede complicar con desiduiometrosis y llegar hasta el choque séptico.

### Fetales.

- Prematurez.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Infección neonatal

Un factor es la limitada capacidad del niño prematuro para luchar contra la infección.

La incidencia de infección corioamniótica se relaciona con la duración del periodo de latencia entre la ruptura de membranas y el nacimiento del feto.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Ídem pág. 96

<sup>28</sup> AMGO (1998). Ruptura Prematura Membranas. 3ª edición. Editorial Mendez Editores. México. pág. 541

Pronostico.

Materno.

Depende del tiempo de latencia de la ruptura de membranas, de la severidad de la infección si esta se presenta y de un tratamiento adecuado y oportuno.

En caso de la corioamnioitis y desiduiometritis, el pronóstico es malo para la función reproductora.

En el resto de los casos el pronóstico es favorable.

Fetal.

Esta determinado en primer lugar por la edad gestacional en que se interrumpa el embarazo, y en segundo, por la severidad de la infección neonatal ocasionada por la ruptura de membranas.

Medidas preventivas.

Durante el control prenatal: Mejorar el estado nutricional de la paciente, instituir tratamiento de infecciones genitales y en el último trimestre del embarazo, evitar traumatismos, tanto directos como indirectos. Cuando se tiene certeza diagnóstica aplicar las medidas mencionadas en el tratamiento.

### **1.3.2 Sufrimiento Fetal.**

Se puede definir al sufrimiento fetal como el estado en que por un disturbio fisiopatológico, esta reducido el aporte nutricional de la madre hacia el feto, a través de la placenta; y que en producto provoca hipoxia y acidosis.

#### **Clasificación.**

De acuerdo a su evolución:

**SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:** Es la agresión producida en el feto por las contracciones uterinas, durante el trabajo de parto, aunque puede presentarse durante el embarazo y es de instalación relativamente rápida y brusca, producida por una disminución en el aporte de oxígeno al feto.

**SUFRIMIENTO FETAL CRONICO:** Se caracteriza por una disminución del crecimiento fetal, debida a una oxigenación insuficiente y en forma prolongada, mayormente se atribuye a una alteración en las funciones placentarias y este a su vez puede ser:

1. **COMPENSADO:** En el cual la disminución en el aporte nutricional del feto es poco importante, ya que este lo equilibra con mecanismos de

- adaptación; como son el aumento de hemoglobina, en el volumen circulante y con la utilización de depósito glucógeno.
2. NO COMPENSADO: El feto no puede equilibrar el déficit nutricional, mediante sus mecanismos de adaptación.
  3. S.F. CRONICO AGUDIZADO: Es el disturbio fisiopatológico debido al déficit nutricional, puede ser equilibrado o no, y que en un momento dado dicho sufrimiento se acrecenta.

## **Sufrimiento fetal agudo**

### Definición

El sufrimiento fetal agudo, es aquel que se presenta en un embarazo al parecer de curso normal, o en uno acompañado de alguna complicación patológica, pero en ambos casos, sin tener el antecedente de haber presentado una disfunción placentaria o de sufrimiento fetal prolongado. Se presenta habitualmente durante el trabajo de parto, pero puede aparecer antes de que este se inicie.

Se pueden observar las siguientes situaciones:

1. El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, en que parte de la hemorragia haya hipertensión uterina.
2. Distocias de contracción: Hiperpolisistolia por que la contracción comprime los vasos miometriales, disminuyendo así el flujo sanguíneo hacia la placenta.
3. La analgesia o la anestesia obstétrica, en las que hay hipoventilación por depresión del centro respiratorio.
4. En la brevedad real o circulares de cordón, en que durante las contracciones se estrecha más el cordón, causando disminución del calibre de los vasos umbilicales, reduciendo así el flujo sanguíneo en los vasos placentarios.
5. El prolapso del cordón, en que la presentación lo comprime obliterando los vasos umbilicales e impidiendo la circulación.
6. En placenta previa por anemia materno-fetal.
7. En las crisis convulsivas de la eclampsia.
8. En el edema agudo pulmonar o síncope cardíaco.
9. En paro respiratorio o en insuficiencia respiratoria aguda, causada por problemas anestésicos.

### Fisiopatología.

El feto en situación de hipoxia intenta paliar los efectos indeseables sobre las estructuras nobles del organismo, (cerebro, corazón, etc.), de ahí que exista una redistribución de aporte de sangre (flujo sanguíneo), a los distintos órganos con descenso del mismo en zonas menos importantes,

durante la vida fetal, como el intestino, la piel o el pulmón, en beneficio de las estructuras nobles. A este fenómeno se le llama Centralización de oxígeno. Sin embargo, cuando la disminución de O<sub>2</sub> intensa o duradera, aun en esas estructuras que no son nobles, pero si indispensables para la vida extrauterina, provoca lesiones que serán las responsables de las anomalías presentes en el recién nacido.

El feto obtiene su energía gracias al consumo y metabolización de la glucosa, en especial en vía anaerobia, dándose como resultado, si hay alteración de esta vía, cuatro mecanismos que explican la disminución de O<sub>2</sub> en el feto.

Diagnostico.

Los principales indicadores de sufrimiento fetal se obtienen a través de:

- a) Alteraciones de la F.C.F.
- b) Taquicardia
- c) Bradicardia
- d) Dip de tipo II
- e) Dip I con componente Hipoxico.
- f) Dip variable con componente hipoxico.
- g) Disminución o perdida de la variabilidad
- h) Amplitud en lat/min.
- i) Frecuencia en ciclos/min.

La taquicardia es una de las primeras manifestaciones de hipoxia y su presencia requiere de una vigilancia estrecha, durante el trabajo de parto, descartándose la posibilidad de que sea producida por la utilización de drogas como los beta estimulantes, o la fiebre materna.

Este signo es premonitor del sufrimiento fetal, porque indica que aun existe capacidad de respuesta fetal para este factor agresivo: se consideran 3 tipos de taquicardia:

Leve, 151 a 160 latidos por minuto.

Moderada, 161 a 180 latidos por minuto.

Severa, 181 o mas latidos por minuto.

Los dips II, o declaraciones tardías, es la manifestación mas conocida de la hipoxia y se presentan cuando el feto no tiene capacidad adecuada para tolerar la hipoxia transitoria originada por las contracciones uterinas y en general la taquicardia se acompaña de bradicardia que se presentan tardíamente en relación con el acmé de la contracción.

Los dip I y los dips variables no necesariamente significan sufrimiento fetal; sin embargo, cuando se repiten por un tiempo prolongado, y sobre todo cuando se acompañan de una fase de recuperación de la F. C. F. lenta, de

más de 15 seg. Indica que se lleve a cabo un procedimiento diagnóstico más preciso o se establezca el tratamiento adecuado.

La pérdida de la variabilidad en el registro de la F. C. F. significa que existe disminución de la capacidad de respuesta fetal y obliga a utilizar otros medios de diagnóstico más precisos y en ocasiones a tomar medidas terapéuticas preventivas.

La bradicardia sostenida es en general un signo de hipoxia severa, excepto en los casos de alteraciones producidas por problemas cardíacos.

Cuadro clínico:

Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Hipomotilidad fetal.

Hipoactividad con poca o nula respuesta a estímulos externos.

Presencia o no de meconio.

Taquicardia de más de 160 latidos por minuto; sostenida durante 10 minutos es consecuencia de la estimulación del simpático producida por la hipoxia o la acidosis.

Menos de dos movimientos fetales en 10 minutos.

Irregularidad de los latidos fetales: Son variaciones de la F.C.F. rápidos y de corta duración.

Bradicardia de menos de 120 latidos por minuto; sostenida durante 3 minutos; es consecuencia de la depresión del automatismo cardíaco producido por la hipoxia. Se clasifica de dos formas:

Bradicardia moderada: 101 a 120 latidos/minutos

Bradicardia severa: 100 o menos latidos/minutos.

Los signos de alteración de la frecuencia cardíaca por hipoxia, siempre que sea posible, deben ser corroborados por estudios directos de la sangre capilar fetal.

En general se clasifica el grado de hipoxia mediante la determinación del pH de la sangre capilar fetal de la siguiente forma.

pH de 7.26 – 7.40	normal
pH de 7.25 – 7.21	preacidosis
pH de 7.20 – 7.11	acidosis moderada
pH de 7.10 o menos	acidosis grave o severa.

Como liniamiento general de manejo, cuando se sospecha de sufrimiento fetal, se debe tratar de establecer la probable causa que lo origina, e iniciar las medidas de tratamiento etiológico cuando esto es posible

Diagnóstico	Tratamiento
Hipotensión supina	Decúbito lateral
Acidosis materna	Ventilación a la madre
Hipoglicemia materna	Soluciones glucosazas
Insuficiencia ventilatoria materna	Ventilación
Desprendimiento de placenta	Cesárea
anemia fetal	Transfusión in útero
Anemia materna	Transfusión

En términos generales cuando la causa desencadenante del sufrimiento fetal son las contracciones uterinas, se debe valorar la administración de betamimético o fármacos tendientes a inhibir las contracciones uterinas (útero inhibidores) ya que con esta medida en la mayoría de los casos podremos ofrecer a la madre y al feto otras posibilidades de manejo.

Si en presencia de contracciones uterinas normales se presentan signos de hipoxia, el embarazo debe interrumpirse por vía suprapúbica.

En todos los casos, las primeras medidas consisten en:

1. Poner a la embarazada en decúbito lateral.
2. Suspender oxitócicos es caso de que se estén administrando.
3. Utilizar útero inhibidores
4. Una vez corregido el sufrimiento fetal valorar si se puede dejar continuar un trabajo de parto normal o el feto debe de ser extraído por cesárea
5. Poner en antecedentes al equipo multidisciplinario de las condiciones en que se encuentran la madre y el feto, para que en conjunto se decidan y lleven acabo los procedimientos adecuados.

Estas medidas terapéuticas correctamente utilizadas, y sobre todo utilizadas en el momento oportuno, servirán para obtener productos de la concepción en mejores condiciones para su crecimiento y desarrollo.

Complicaciones:

- Lesión neurológica.
- Síndrome de insuficiencia respiratoria
- Bajo peso y talla al nacer
- Hipoxia cerebral con secuelas como retraso mental
- Aspiración de meconio.
- Muerte intrauterina o inmediatamente al nacer.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> MONDRAGÓN, Castro Héctor (1991). Obstetricia Básica Ilustrada. Editorial Trillas México.

### 1.3.3 Cesárea

#### Introducción

Este procedimiento se remonta a la antigüedad, ya que existen pruebas que confirman que desde el tiempo de los egipcios y los hebreos, se practicaba esta operación en casos de post mortem. El nombre fue tomado en honor de César quien nació de esta forma. Se relata que en el año 1500 ocurrió el primer caso en que sobrevivió el paciente. En 1769 Lebas sutura por primera vez el útero. Porro en 1876, asocia la cesárea a una histerectomía subtotal con o cual se consigna el primer caso de cesárea, histerectomía u operación de Porro.

En 1906 Frank introduce la técnica extraperitoneal con lo que disminuye las posibilidades de que ocurra infección. Kroning 1912 utiliza la técnica segmentaria con incisión longitudinal, Kerr modifica la técnica anterior y practica la incisión segmentaria transversal, siendo el mejor procedimiento y el mas utilizado hoy en día.<sup>30</sup>

#### Concepto de cesárea.

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina.

#### Clasificación.

Cesárea clásica o corporal: Tiene como inconvenientes que el peligro de hemorragia es mayor, puede existir distensión abdominal, al igual que adherencias postoperatorias y el peligro de ruptura de la cicatriz uterina aumenta en gestaciones posteriores.

Cesárea transversal tipo Kerr: Tiene menor frecuencia de adherencias intestinales posquirúrgicas y la cicatriz uterina tiene menor riesgo de sufrir una dehiscencia, la pérdida sanguínea es más reducida y por lo tanto da mejor pronóstico en gestaciones subsecuentes.

Cesárea segmento corporal: Es una variación de la cesárea segmentaria, también conocida como incisión tipo Beck, esta operación esta indicada solo en casos de anillo de retracción y producto en situación transversa.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> MONDRAGÓN Castro H. (1991). Operación Cesárea. 4ª edición. Editorial Trillas. México. pág. 682

<sup>31</sup> Idem pág. 684

## **Indicaciones.**

Las causas que motivan la operación pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas, y se dividen en:

**ABSOLUTAS:** Son aquellas en que no existe otro recurso que practicar la cesárea. Ejemplo desproporción céfalo pélvica, placenta previa, presentación y situaciones anormales al feto, desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de ruptura uterina, herpes genital, entre otra.

**RELATIVAS:** Cuando se indica este procedimiento porque ofrece mayores ventajas, aun en el caso de que sea posible atender el parto por vía vaginal. Ejemplo: Cáncer cervicouterino, toxemia severa, ruptura prematura de membranas, primigesta de edad avanzada, presentación pélvica, tumores pélvicos, primigesta muy joven, entre otras.

**ELECTIVAS:** Cuando el medico escoge la cesárea por ser el método mas conveniente para la madre con base en ciertos factores justificantes, o bien, porque solicita que se realice tal procedimiento como por ejemplo: antecedentes de operación plástica en genitales, cesárea post mortem realización de esterilización simultanea a la cesárea, postmadurez.

La frecuencia con que se practica la operación cesárea ha variado de acuerdo con tres factores:

1. La evolución de la cirugía, a medida que se facilita practicar la cirugía, aumentan las indicaciones de cesárea.
2. Tipo de hospital, varía mucho el criterio entre una institución y otra, hay mayor frecuencia de cesárea al pretender brindar mayor seguridad al producto. En servicios institucionales las cifras varían según el criterio y la política de internamiento, en la actualidad hay centros de alta especialidad que concentran los casos de embarazo de alto riesgo, porque las cifras de cesáreas son muy elevadas.

La frecuencia de cesárea en una población abierta fluctúa entre el 4 y el 15 % de acuerdo con las variantes señaladas. El medico como la paciente prefieren “una buena operación a un mal parto”, por el riesgo que representa la aplicación de fórceps.

## **Complicaciones.**

Inmediatas:

- Prolongación de la incisión hacia los lados lesionando los grandes vasos uterinos dando lugar a hematomas.
- Lesiones de vejiga, recto e intestino.

Tardías.

- Hematomas de pared abdominal.
- Dehiscencia de herida.
- Infección de herida quirúrgica o uterina.



- Fístula de recto o vejiga.<sup>32</sup>

#### **1.3.4 Generalidades de la adolescencia.**

Cuando una adolescente experimenta la maternidad, siente confusión y conflicto, mezclando funciones sociales de adolescentes con las de adultos, afectando así su funcionamiento social.

En nuestro país, la madre adolescente tiene mayor riesgo reproductivo que las mujeres que se embarazan después de los 20 años.

La fecundidad de las adolescentes mexicanas va en aumento; del total de mujeres que en 1987 tenían entre 20 y 47 años, 34 % tuvo su primer hijo en la adolescencia. Para 1991 este indicador aumento al 37 % actualmente se estima que los nacimientos de madres adolescentes son alrededor de 450 mil al año.

Es importante mencionar que en el país la 4ª parte de las mujeres en edad reproductiva son adolescentes, con tendencia a aumentar debido a las características de distribución nacional de la población por edad y sexo que es de mujeres 11.6 % y hombres 10% en las edades de 15 a 24 años.

Por lo que se ha considerado dentro del marco de salud reproductiva como un problema de salud publica.

Stern Claudio (1997= hace una revisión muy interesante sobre los argumentos comúnmente utilizados para definir al embarazo adolescente como un problema publico; deduce que las verdaderas razones por las cuales el embarazo en las adolescentes ha venido a constituirse en un problema social son: el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para la mujer que tiende a conducir a la formación temprana de familias asociándose esto con mayores riesgos para la salud de estas y los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos a temprana edad. Por lo que concluye que muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a lo que esto conduce se deriva de la manera como se ha visto y valorado la sexualidad premarital y particularmente, sancionado el inicio de relaciones sexuales en la adolescencia; menciona que la sensación negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que parte del problema estriba en la manera de cómo los adultos califican el fenómeno, en la forma en como las instituciones como

---

<sup>32</sup> Ídem pág. 690

la familia, la escuela, iglesia y el mismo sector salud lo interpreta y lo maneja. Desgraciadamente el número de adolescentes que integran este grupo de embarazadas es cada vez mayor.<sup>33</sup>

### **1.3.5 La adolescente embarazada.**

#### **Cambios físicos**

La pubertad, que es el periodo durante el cual la persona adquiere la capacidad de reproducción, es el periodo de maduración que dura entre 1.5 a 5 años. Entre los cambios físicos principales de esta etapa se incluyen la aceleración del crecimiento, cambios de peso y aparición de calas características sexuales secundarias. La menarca, o primera menstruación, por lo general sobreviene en la primera mitad de este proceso de maduración, en promedio entre los 12 a 13 años. La escala de edad de la pubertad abarca de los 9 a los 17 años (Corbett y Meyer 1987)

#### **Desarrollo psicosocial.**

Aunque está comprobado que el comienzo de la pubertad ocurre actualmente a una edad más temprana, no hay datos de que sea tal el caso del desarrollo psicosocial., en particular el cognoscitivo. De hecho los expertos consideran que es creciente la distancia entre la maduración psicológica y la biológica en los adolescentes (McAnerney y Ende, 1989).

Las tareas del desarrollo de la adolescencia, que han descrito numerosos escritores, se basan en diversas teorías clásicas, estas tareas (Corbett y Meyer 1987 p 97).

Sentirse a gusto con el propio cuerpo

Luchar por la independencia.

Formar relaciones con personas de ambos sexos.

Buscar estabilidad económica y social.

Lograr un sistema de valores.

Aprender la expresión verbal conceptual

Este proceso de desarrollo se refleja en la conducta de las adolescentes menores, intermedias y mayores. Aunque se identificó la edad promedio para el logro de las tareas mencionadas, es hasta cierto punto arbitraria y se ve afectada por numerosos factores, como la cultura, religión y posición socioeconómica.

La adolescentes intermedias (15 a 17 años) están en una etapa de retos experimentar con drogas, alcohol y sexo es una atracción común para la

---

<sup>33</sup> MARTÍNEZ, S. et. al. (1997). Interacción Materno Infantil en Madres Adolescentes. Rev. de Perinatología y Reproducción Humana, 11 (4) pág. 202

rebelión. La adolescente busca independencia y la encuentra cada vez más en su grupo de amigos. La identificación con este es evidente en su selección de ropa, maquillaje, corte de pelo y música. Durante esta fase, la adolescente suele considerarse invencible y que no sufrirá consecuencias negativas por arriesgarse. Es frecuente que estos años sean de grandes dificultades para la familia, conforme la adolescente lucha por su independencia y pone en tela de juicio los valores y expectativas familiares.

En esta fase, la adolescente quiere ser tratada como adulta. Sin embargo, el temor a las responsabilidades de los adultos puede hacer que fluctúe su conducta. A veces parece una niña, mientras en otras ocasiones es sorprendentemente madura. Empieza a pasar del pensamiento concreto al operativo formal, pero todavía no puede prever las consecuencias a largo plazo de todas las acciones.

### **Riesgos fisiológicos.**

Las adolescentes de 15 a 20 años que reciben cuidados prenatales a la brevedad y completos, no están en mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años (Brucker y Mueller, 1985). Es infortunado que muchas adolescentes no busquen tales cuidados de inmediato. Las que si lo hacen suelen cooperar con las recomendaciones, en especial las dietéticas, a causa de la falta de comprensión de la importancia de la nutrición adecuada o de preocupaciones relacionadas con la imagen corporal. Así pues entre los riesgos por adolescentes embarazadas se incluyen el parto antes de término, hijos con bajo peso al nacimiento, hipertensión en el embarazo y sus secuelas, y anemia ferropénica.

En adolescentes, los cuidados prenatales son el factor decisivo en el pronóstico del embarazo. Los hijos de bajo peso al nacer son un problema frecuente. En diversos estudios se indica que los cuidados prenatales en fase temprana del embarazo, con atención especial a la orientación nutricional, así como la coordinación de organismos que proporciona diversos servicios, mejora mucho el peso al nacimiento de los hijos de madres adolescentes (Korenbrodt 1989)

La hipertensión en el embarazo es el problema médico más frecuente en las adolescentes embarazadas. La anemia ferropénica es un problema en todas las embarazadas. Sin embargo las adolescentes que comienzan el embarazo ya anémicas están en mayor riesgo y deben ser objeto de vigilancia estrecha y orientación minuciosa acerca de la nutrición durante el embarazo.

El aumento de riesgo de desproporción céfalo pélvica es preocupante en adolescentes embarazadas, en especial las de más corta edad, a causa de la falta de madurez pélvica.

El contagio de herpes o gonorrea durante el embarazo aumenta mucho los riesgos. También lo hace el índice de clamidiasis. Otros problemas son el tabaquismo y el abuso de drogas. Es usual que el feto ya tenga daños por tales hábitos cuando se confirma el embarazo en estas mujeres.

### **Riesgos psíquicos.**

El riesgo psíquico mas grave para las adolescentes que continúan el embarazo es la interrupción del progreso en las tareas de desarrollo propias de su edad. Aunque las adolescentes inician la actividad sexual a edad más temprana y el índice de adolescentes aumenta, permanecen sin cambios las tareas de desarrollo de esta edad. Si se les añades las tareas propias del embarazo, la joven mujer tiene una carga abrumadora de trabajo psicológico, de cuyo éxito depende su futuro y el de su hijo.

### **Riesgos sociales.**

Abundantes datos de investigación muestran que las madres adolescentes están en riesgo de desventajas socioeconómicas mayores que las adolescentes no embarazadas, en condiciones de igualdad social. Verse forzada al papel de mujer adulta antes de completar las tareas de desarrollo de la adolescencia origina una sucesión de acontecimientos que afectan a la adolescente durante el resto de su vida. Esto puede abarcar la dependencia prolongada respecto de los padres, falta de relaciones estables con personas del sexo opuesto y carencia de estabilidad socioeconómica. Además, cuanto mayor sea la cercanía cronológica del embarazo con los cambios de la pubertad y la menarca, tanto mayores las dificultades de la adolescente para sentirse “normal”.

Numerosas madres adolescentes dejan los estudios durante el embarazo. Algunos investigadores plantean que en algunas de estas mujeres es una tendencia que guarda tanta relación con bajos logros académicos y dedicación insuficiente a los estudios como con el embarazo. Muchas no reanudan sus estudios. La falta de capacitación reduce la calidad de los trabajos disponibles para estas mujeres. Ante todo en grupos socioeconómicos bajos y cuando la familia no la apoya.

### **Reacción inicial al diagnóstico del embarazo.**

Teme el rechazo de los padres y amigos. No sabe en quien confiar. Quizá busque confirmar el embarazo por cuenta propia al tener mayores conocimientos sobre opciones y servicios, como las pruebas de embarazo que se venden sin receta y los servicios de planificación familiar. Si tiene una relación estrecha y que continúa con el desempeño sexual, tal vez lo escoja como confidente. La dependencia económica respecto de los padres puede determinar si les informa o no sobre el embarazo y cuando lo haga. Los planes de estudios a futuro y la percepción del apoyo paterno o la falta de

este son factores importantes en la decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

### **Necesidades nutricionales especiales de la adolescente embarazada.**

Cuando la paciente embarazada es adolescente, tiene requerimientos nutricionales que deben considerarse en forma individual. Se demostró que las adolescentes tienen peores resultados en el embarazo que las embarazadas de más edad. En ocasiones esto se atribuye a una competencia por los nutrientes entre la adolescente que aun tiene requerimientos para su crecimiento personales y las necesidades del feto; sin embargo, la información actual indica que, con excepción de las que tienen edad ginecológica menor, las necesidades alimenticias de las adolescentes no difieren mucho de las de otras mujeres embarazadas. No obstante, la adolescente embarazada tiene mayores riesgos nutricionales por diversos motivos; es más probable que inicie el embarazo con mala nutrición, falta de peso, deficiencias de hierro y cantidades deficientes de calcio y otros nutrientes importantes.

Los factores que causan desnutrición en las adolescentes embarazadas incluyen el deseo de estar esbeltas, las costumbres de su grupo de compañeros y la resistencia a recibir consejos de los adultos. Es probable que las mujeres embarazadas concedan poca atención a la nutrición, y se preocupen mas por sus necesidades sociales y emocionales; como el embarazo durante la adolescencia es común entre las clases socioeconómicas pobres, con menor probabilidad de recibir apoyo medico y social, el riesgo de que su condición nutricional sea mala aumenta mas: es importante dar a estas pacientes recomendaciones dietéticas y cursos y/o programas para adolescentes embarazadas.

### **Elección de alimentos.**

La elección de alimentos entre las adolescentes incluye con frecuencia “comidas rápidas” y bocadillos no nutritivos. Esto conduce a un bajo consumo de frutas y verduras frescas, que a su vez limita el consumo de vitaminas y minerales, en particular vitaminas A y C. si evitan también la leche y los productos lácteos se observaran carencias de algunas vitaminas del complejo B y vitamina D, además de consumo deficiente de calcio y proteínas.

### **Alimento de peso**

No se conoce con exactitud las cantidades de proteínas y consumo de energía para lograr el aumento de peso necesario durante el embarazo y para permitir el desarrollo intrauterino optimo de los hijos de las adolescentes. En teoría, se debe incluir las recomendaciones normales para el embarazo, y para las mujeres que aun de encuentran en etapa de

crecimiento. En consecuencia, es de esperar que las adolescentes más jóvenes (12 a 15 años) aumenten más que las adolescentes mayores (de 16 o más años) ya que el crecimiento de estas últimas es más lento o ya se detuvo. Sin embargo, la edad cronológica es menos importante al respecto que la edad ginecológica, el patrón de crecimiento individual de la persona, su peso y estatura antes del embarazo y su actividad.

### **Atención de la adolescente durante el trabajo de parto y el parto.**

Cada adolescente en trabajo de parto y en parto es diferente, al igual que con cualquier embarazada.

Las metas principales de la atención de enfermería para la adolescente durante el trabajo de parto y el parto son promover el bienestar materno y fetal y proporcionar apoyo a la paciente.

La enfermera debe estar alerta ante cualquier complicación fisiológica del trabajo de parto en la adolescente. Se revisa con cuidado el expediente prenatal de la joven en busca de riesgos. Se vigila para descartar hipertensión inducida por el embarazo, desproporción cefalopélvica, anemia, ingestión de fármacos durante el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y discrepancias entre el tamaño del feto y la edad gestacional.

### **Apoyo durante el trabajo de parto y el parto.**

Uno de los mayores temores de cualquier mujer en trabajo de parto es que se le deje sola. Este temor es más grande en la adolescencia, ya sea que lo reconozca o no ante los demás.

El papel de apoyo de la enfermera depende del sistema de apoyo de la joven durante el trabajo de parto. Es esencial establecer una armonía sin recriminarla por la posibilidad de un comportamiento inadecuado, la adolescente a la que se le brinda un reforzamiento positivo por un “trabajo bien hecho” saldrá de la experiencia con mayor autoestima, a pesar de los problemas emocionales que pueden acompañar su situación.

Sin embargo la enfermera debe tener en mente que mientras el adolescente sea más joven, será menos capaz de participar en forma activa en el proceso.

La enfermera debe asegurarse de que todas las instrucciones y explicaciones sean sencillas y concretas. Durante la fase de transición, la adolescente joven puede aislarse y ser incapaz de expresar su necesidad de que se le eduque. El contacto, el estímulo tranquilizador y las medidas para obtener su comodidad la ayudan a mantener el control y cubrir sus necesidades de dependencia. Durante la segunda etapa del trabajo de parto puede sentir que pierde el control y es posible que intente alcanzar aquellos

que esta alrededor de ella. Si la enfermera permanece calmada y la dirige, le ayuda a controlar los sentimientos de impotencia.

La adolescente media (de los 14 a los 16 años) a menudo intenta permanecer calmada y firme durante el trabajo de parto. Si no es capaz de atravesar la barrera estoica de la adolescente, la enfermera necesita elevarse sobre la frustración y darse cuenta de que en una actitud cuidadosa llegará a la joven.

### **Atención a la adolescente durante el puerperio.**

La adolescente puede tener necesidades especiales en el puerperio, según su nivel de madurez, sistemas de apoyo y antecedente cultural. La enfermera necesita valorar la interacción materno infantil, los papeles de la gente que la apoya, y los planes para el egreso, conocimiento de la crianza y planes para la atención de seguimiento. Es imperativo que un servicio de salud comunitaria permanezca en contacto con la joven poco después del egreso.

La asesoría anticonceptiva es una parte importante en la enseñanza. La incidencia de embarazos repetidos durante la adolescencia es alta y mientras mas joven sea es mas probable que se embarace nuevamente. Muchas veces la joven dice a la enfermera que no planea tener relaciones sexuales otra vez. Este mecanismo de negación es poco realista y la enfermera debe ayudar a la adolescente para que se de cuenta de esto. La enfermera debe asegurarse de que la mujer dispone de algún método anticonceptivo y que comprende la ovulación y la fecundidad en relación con el ciclo menstrual. Esta es una oportunidad excelente para la educación sexual.

Otro aspecto importante en este periodo es la adaptación al nuevo rol, que acaba de adquirir, el de ser madre. Este se favorece por medio de establecimiento de vinculación.

La vinculación es un lazo de afecto y como tal es invisible.

### **Comportamientos de vinculación en la madre adolescente.**

Los adolescentes demuestran comportamientos de vinculación hacia sus hijos, aunque se observan diferencias en estas madres jóvenes en comparación con las mayores. Las madres jóvenes estame mas ansiosas, tienen menos calificaciones de vinculación e interactúan en formas menos favorables que las de mayor edad, mientras mas joven sea la madre es menos probable que presente los comportamientos maternos típicos de tacto, sincronía con su recién nacido, vocalización y proximidad entre la madre y el neonato.

Las adolescentes pueden tener problemas con la paternidad debido a que tienden a tener expectativas menos realistas de lo que pueden hacer con el lactante a cierta edad.

Con estas consideraciones en mente la enfermera debe permanecer atenta ante la interacción materno infantil temprana, el uso de modelos apropiados y técnica de enseñanza, incluida la madre de la adolescente cuando sea conveniente.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> OLDS (1995). Enfermería Materno Infantil 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México. pág. 378-380



## **CAPITULO II**

### **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA PACIENTE ADOLESCENTE, CURSANDO PUERPERIO QUIRURGICO.**

#### **2.1 Presentación Del Caso clínico**

El presente proceso de enfermería se aplicó a una paciente adolescente de 17 años que se presentó al servicio de admisión del HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "GRAL. JOSE VICENTE VILLADA" Edo. de Méx. con un embarazo de 40 SDG, ruptura prematura de membranas, con inicio de trabajo de parto, sufrimiento fetal. Se le practicó cesárea tipo Kerr, obteniendo producto único vivo a la 1.40 hrs. del día 2 abril del 2005, sexo femenino con peso de 3.100 Kg. Apgar de 7/9

Adolescente cursando puerperio quirúrgico mediato, con signos vitales estables, indicando lactancia materna, mamas turgentes, pezón apto para la lactancia, con salida de calostro, abdomen blando; a la palpación se localiza útero firme, redondeado, a la altura de 1 cm. por arriba de la cicatriz umbilical. Se observa herida quirúrgica en abdomen limpia unida por puntos de sutura, se auscultan ruidos intestinales presentes, genitales de nulípara con salida de loquios color rojo oscuro sin coágulos, en cantidad moderada, orinó con dificultad 500 mls de color amarillo, no ha evacuado ni ha canalizado gases, miembros pélvicos simétricos, pulsos popíteo y pedio sincrónicos.

Con las siguientes necesidades fundamentales alteradas:

- Nutrición e hidratación.
- Eliminación.
- Descanso y sueño
- Higiene y protección de la piel.
- Trabajar y realizarse.
- Aprendizaje.

## 2.2 VALORACIÓN

### Ficha de Identificación.

Nombre: B. A. M.      Edad: 17 años      Peso: 62 Kg.      Talla: 1.64 cm.  
Sexo: femenino      Ocupación: estudiante      Escolaridad: 4º sem. de vocacional  
Procedencia: D. F.      Fecha de admisión: 1 de abril 2005      Hora: 23: 45hrs  
Fuente de información: directa

### Interrogatorio.

#### 1.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Diabetes: abuela materna      hipertensión: padre  
CaCu: abuela materna      cardiopatías: abuela paterna

#### 2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Patologías de la infancia: niega haber presentado.

Le han practicado transfusiones: Si \_\_\_ No x Cuando: \_\_\_\_\_

Ha tenido traumatismos o fracturas: Si \_\_\_\_\_ No x

Le han realizado intervenciones quirúrgicas: *Si la cesárea actual.*

#### 3.- ANTECEDENTES GINECO-OBTETRICOS.

Menarca: 12 años      Periodo Menstrual: 28x5 días      I.V.S: 16 años

Gestas: 1      Partos: 0      Abortos: 0      Cesáreas: 1

Edad del 1er embarazo: 17      Ultimo periodo ínter genésico: \_\_\_\_\_

Fecha ultimo parto o cesárea: 2 abril 2005

Uso de métodos de planificación familiar: Si \_\_\_\_\_ No x

### Valoración De Necesidades Humanas.

#### 1.- OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte del tiempo? *Si*      ¿Fumaba Ud. antes del embarazo? *Si*

¿Cuántos cigarrillos al día? *4 aprox.*      ¿Hay en casa uno o varios fumadores? *Si*      ¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? *No nunca*

¿Utilizo algún método de control respiratorio para ayudarle en el trabajo de parto? *No*

Objetivo:

Registro de signos vitales: FR. *20x'*      FC. *80x'*

Estado de conciencia: *conciente*      Coloración de piel/ peri bucal/ lechos unguenales: *rosadas y humectadas.*

Circulación del retorno venoso: *llenado capilar de 2 seg.*

## 2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

No de comidas diarias: 4 ¿Come a horas regulares? No ¿Sufrir usted alguna alergia alimentaria o intolerancia? Ninguna ¿Tiene algún trastorno alimentario? Ninguno ¿Tiene problemas de masticación o deglución? No ¿Qué cantidad de líquidos toma al día? 1.5 lt aprox. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? No ¿sabe que tipo de alimentación debe llevar durante la lactancia? No con exactitud

Dieta habitual:

Alimentos	Diario	C/3er día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carnes	X				
Pescado				X	
Huevo		X			
Frutas		X			
Verduras		X			
Legumbres			X		
Cereales				X	
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra		X			

Objetivo:

Piel: *turgente* Mucosas orales: *hidratadas* Uñas: *limpias y cortas*  
Cabello: *limpio y peinado* Aspecto de dietes: *caries* Encías: *normales*

## 3.- ELIMINACION.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Normal: *Si* ¿Toma usted algún laxante? *No*  
Orina Normal: *Si* Menstruación: Frecuencia: *cada 28 días* Duración: *5 días*  
Padece de enfermedades renales o hemorragias: *No*  
¿El estrés le ocasiona diarrea? *No*  
¿Se siente incomoda a causa de una sudoración abundante? *No*  
¿Conoce Ud. las características del sangrado después del parto? *No*  
¿Sabe Ud. el tiempo aproximado que le durara el sangrado? *No*

Objetivo:

Características del abdomen: *involución uterina con altura de 20 cm*  
Ruidos intestinales: *presentes* Características de los loquios: *sanguinolentos de cantidad moderada.* Evacuaciones: *aun no evacua.*

#### 4.- TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿Qué temperatura tiene la casa que habita? *Es caliente*

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? *No*

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? *No*

Temperatura ambiental que le es agradable: *El calor*

Objetivo:

Temp. Corp.: *37 grados centígrados*

Características de la piel: *color*

*rosado* Transpiración: *Mínima*

#### 5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física practica? *Ninguna*

¿Da algún paseo fuera de su casa? *Si* ¿Cuál? *Caminar*

¿Frecuencia? *4 veces a la semana* ¿Practicaba ejercicios prenatales?  
*No*

¿Conoce los ejercicios que debe realizar después del parto? *No*

¿Conoce las posiciones que debe adquirir para amamantar a su hijo? *No*

Objetivo:

Edo del sistema esquelético/ fuerza: *Marcha y fuerza normales*

Ayuda para la deambulación: *Si, por herida quirúrgica pero esta es mínima.*

Dolor al movimiento: *Si, por cesárea*

#### 6.- DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horas de sueño: *9Hrs aprox.*

Horario de descanso: *Por las*

*tardes* ¿Siente cansancio al levantarse? *No* ¿Utiliza técnicas de relajación? *No*

Al egresar del hospital ¿Quién le ayudara en su casa? *Su mama*

¿Quién se levantara por la noche para cuidar a la niña? *Ella misma*

Objetivo:

Ojeras: *No* Lenguaje: *Normal* Atención: *Si* Bostezos: *No* Cefaleas: *No*

#### 7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?  
*No*

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? *No*

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gusta? *No*  
¿Qué creencias tiene usted con respecto a la lactancia materna y la forma de abrigarse? *Que duele la cabeza y cubrirse la espalda por que se va la leche.*

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: *Viste ropa acorde a su edad.*

Apariencia: *limpia*

## **8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño: *diario por la mañana.*

Frecuencia de cambio de ropa personal: *diario*

Frecuencia de cambio de ropa de cama: *cada 8 días*

Frecuencia de aseo dental: *2 veces al día*

Aseo de manos antes y después de comer e ir al baño: *siempre*

¿Sabe como asear sus pezones, para amamantar a su hijo? *Si*

¿Ha pensado en como cuidarse la piel después del parto? *Si manteniendo la herida seca y lavarla con agua y jabón*

Objetivo:

Aspecto general: *Limpia, alineada y peinada*

Olor corporal: *a jabón de baño* Halitosis: *no*

Estado del cuero cabelludo: *Limpio, seco y peinado.*

Condiciones de la herida: *Limpia y seca.*

## **9.- EVITAR PELIGROS**

Subjetivo:

¿Es usted alérgica a algún medicamento? *No*

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el medico durante su embarazo? *Ninguno*

¿Llevo control prenatal? *Si* ¿Cuántas consultas? *4*

¿Sabe cuando debe acudir al medico después del parto? *No*

¿Cómo se siente ahora que tiene a su hijo? *Muy feliz*

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener a su hijo? *Si*

¿Qué actitud toma usted ante situaciones de tensión? *Come mucho*

¿Busca una solución inmediata? *En ocasiones*

Objetivo:

Condiciones de ambiente en su hogar: *Escaleras con barandal, habitaciones ventiladas. Los pisos no son resbaladizos.*

## 10.- COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: *soltera* Vive con: *Sus padres*

Rol en la estructura social: *Es hija de familia*

¿Desde cuando vive en el domicilio actual? *Desde que nació*

¿Tiene buena relación con sus vecinos? *Si, existe una buena relación con ellos*

¿Tiene amigos o familiares en los que confíe plenamente? *Si, sus amigas*

¿Con quien comparte sus temores sobre el cuidado de su hijo? *Si, a su mama*

Objetivo:

Capacidad verbal: *Su forma de hablar es coherente, clara y precisa y de tono moderado.*

Agudeza visual: *Tiene buena agudeza visual aparentemente, no usa lentes.*

Agudeza auditiva: *Presenta buena escucha, no utiliza aparatos auditivos.*

## 11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Creencia religiosa: *Católica* Valores personales: *Confianza, respeto amor.* Valores familiares: *Convivencia con su familia principalmente, confianza, amor.* ¿Su religión le impide realizar algo que pudiera hacerla sentir mejor? *No*

Objetivo:

¿Esta satisfecha con su creencia religiosa? *Si*

¿Se siente a gusto con su estilo de vida? *Si*

## 12.- TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Esta satisfecha con el rol que tiene dentro de su familia? *Si*

¿Es usted independiente o depende de algún familiar? *Depende de sus padres.*

¿Le gustaría retomar sus estudios en un futuro? *Si, lo más pronto posible*

¿Ha pensado en la posibilidad de trabajar? *No, por el momento sus padres se harán responsables de los gastos económicos.*

Objetivo:

Estado emocional: *Ansiosa, por su maternidad, pero se puede apreciar una buena disposición para reincorporarse a sus estudios.*

### **13.- JUGAR Y PRACTICAR ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Subjetivo:

¿Qué actividades le gusta realizar en su tiempo libre? *Bailar*

¿Hay un lugar recreativo cerca de su domicilio? *Si hay un deportivo.*

¿Practica algún deporte en especial? *No*

Objetivo:

Integridad Neuromuscular: *Sin alteraciones.*

¿Le interesaría realizar alguna actividad en un futuro? *No ya que no tendrá el tiempo necesario por que se encargara de cuidar a su hija.*

### **14.- APRENDIZAJE**

Subjetivo:

Grado de estudios: *4º semestre de vocacional*

¿Tomo usted cursos prenatales? *No, por cuestiones económicas*

¿Ha leído algo sobre embarazo, parto o puerperio? *No*

¿Sabe que es la lactancia materna? *Si*

Objetivo:

¿Le gustaría que una enfermera le diera información acerca del puerperio, la lactancia materna, u otro tema? *Si, sobre el puerperio, la forma correcta de amamantar y cuidados al recién nacido.*

### **Análisis de los datos.**

Datos de independencia y de dependencia en relación con las necesidades fundamentales, obtenidas en el curso de la entrevista y de observaciones.

#### **Necesidades de nutrición e hidratación.**

Datos de independencia, dentadura completa, buena masticación, buen apetito.

Datos de dependencia, por estar amamantando requiere de un aumento de calorías de 2500 a 2700 Kcal./día, así como proteínas por ser un componente importante de la leche y debe ingerir 654 gr./días y un total de 3 a 4 litros de líquidos que incluyan agua, jugos, leches, sopas.

#### **Necesidad de Eliminación.**

Datos de independencia, miccionó espontáneamente, orina transparente, salida loquios sanguinolentos en cantidad moderada, presencia de ruidos intestinales disminuidos, no ha canalizado gases ni ha evacuado.

Datos de dependencia parcial: Por ser el estreñimiento un signo del puerperio mediato y del periodo post-operatorio, es importante la

deambulaci3n y la orientaci3n sobre la ingesta de alimentos ricos en fibra y abundantes l3quidos, para favorecerla evacuaci3n intestinal.

### **Necesidad de descanso y sue1o**

Datos de independenci3; descansa por ratos, acostada de lado.

Datos de dependenci3; manifiesta verbalmente la presencia de dolor en herida quir3rgica, y en el abdomen en general, por lo que est3 inc3moda.

### **Necesidad de higiene y protecci3n de la piel.**

Datos de independenci3: Piel y mucosas limpias, ba1o de regadera diario, aseo dental despu3s de las comidas.

Datos de dependenci3 parcial; por presentar una herida quir3rgica, es importante mantener limpia y seca la herida y protegerla con ap3sito despu3s del ba1o de regadera.

### **Necesidad de trabajar y realizarse.**

Datos de independenci3; manifestar sus expectativas referente a su hija, diciendo "voy a quererla mucho y a educarla".

Datos dependenci3; por ser una madre adolescente y soltera, se observa comportamiento materno s3lo de contacto f3sico y motor, pero no de v3nculo materno que la lleve a la sincron3a de la interacci3n madre-hija.

### **Necesidad de aprendizaje.**

Datos de independenci3; manifiesta inter3s por aprender, c3mo cuidar a su hija y los cambios biol3gicos y cuidados corporales despu3s de la ces3rea sobre todo los ejercicios f3sicos del puerperio.

Datos de dependenci3; desconoce los cuidados corporales posteriores a la ces3rea, que debe tener en su domicilio, as3 como los que le debe proporcionar a su hija reci3n nacida y las t3cnicas de lactancia maternal.



### 2.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Nombre: B. A. M.	Edad: 17 años	Sexo: Femenino	Edo. Civil: Soltera
Religión: Católica	Escolaridad: Vocacional	4º sem.	Cama: 162
Servicio: Embarazo de Bajo Riesgo		Dx. Médico: Cesárea tipo Kerr	

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Nutrición e Hidratación:	Alteración de la nutrición relacionado con la demanda de nutrientes, durante la lactancia, manifestada por hambre.
Eliminación:	Alteración de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la motilidad intestinal y falta de tono muscular abdominal, evidenciado por falta de defecación durante 2 días post-cesárea.
Descanso y Sueño:	Alteración de bienestar por la herida quirúrgica e involución uterina manifestada por dolor y disminución de la actividad física.
Higiene y protección de la piel:	Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con cesárea evidenciada por herida quirúrgica abdominal.
Trabajar y realizarse:	Alteración parental en relación con una hija no deseada, evidenciada por deterioro de la unión madre-hija.
Aprendizaje:	Lactancia materna ineficaz, relacionada con la inexperiencia respecto a la lactancia evidenciada por colocación incorrecta de la niña para la alimentación al seno.  Déficit de cuidados relacionada con los cuidados corporales, después de la cesárea evidenciada por su juventud y ser primeriza.

## 2.4 PLANEACIÓN.

### Jerarquización de necesidades.

<b>Necesidades detectadas</b>	<b>Necesidades jerarquizadas</b>	<b>Objetivo</b>
Nutrición e Hidratación	1	Que la señora M. aumente su ingesta de nutrimentos balanceados durante el periodo de lactancia.
Eliminación	2	La Señora M. al cabo de 24 horas habrá defecado sin dificultad ni esfuerzo.
Descanso y sueño	4	Disminuir el dolor proporcionando los medicamentos indicados y brindándole comodidad.
Higiene y protección de la piel	3	Proporcionar los cuidados necesarios para evitar posibles infecciones.  Reducir la tensión en la sutura por medio de la aplicación de vendaje.
Trabajar y realizarse	6	Favorece la oportunidad de interactuar con su hija para establecer una vinculación positiva.
Aprendizaje	5	La Señora M. deberá: Identificar la técnica en "°C" para la lactancia.  Al ser dada de alta, sabrá los cambios biológicos que se dan después de la cesárea y los cuidados para su cuerpo.

## 2.5 EJECUCIÓN.

### PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición relacionada con la demanda de nutrientes, durante la lactancia materna manifestada por hambre.

OBJETIVOS: Que la madre aumente su ingesta de nutrimentos balanceados, durante el periodo de lactancia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Proporcionar dieta normal de 2700 kcal.</p> <p>Recomendado que contenga proteínas 62 g/día, que la pueda obtener consumiendo: frijoles, cacahuates y carnes blancas de preferencia leche, queso, pan, cereal, huevo.</p> <p>Calcio 1200 mgs/día. Lo puede adquirir del consumo de leche, queso, yogurt, pescado.<sup>35</sup></p> <p>Consumo de leche 1.5 lts. para cubrir las necesidades adicionales de proteínas, tiamina, niacina, riboflavina, calcio y fósforo.<sup>36</sup></p>	<p>Cualquier limitación de nutrientes en el consumo de la madre interferirá con la cantidad de leche que produce y en el caso de que sea una limitación grave, alterara la composición de la leche.<sup>37</sup></p>

EVALUACIÓN: Ingerió el total de la dieta proporcionada durante las tres comidas al día y fue de 2700 kcal.

<sup>35</sup> OLDS et. Al. (1995). Enfermería Materno Infantil. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México. pág. 413

<sup>36</sup> Ídem. pág. 773

<sup>37</sup> REEDER et. al. (1995) Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México. pág. 772

NECESIDAD: Eliminación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la motilidad intestinal y falta de tono muscular abdominal, evidenciado por falta de defecación durante 2 días post-cesárea.

OBJETIVOS: La Señora M. al cabo de 24 horas habrá defecado sin dificultad ni esfuerzo.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Auscultar ruidos intestinales, por medio de la palpación y la percusión.</p> <p>Establecer una dieta equilibrada que contenga alimentos ricos en fibras.</p> <p>Recomendarle la ingesta de abundantes líquidos y la toma de un vaso de agua caliente media hora antes del desayuno.<sup>38</sup></p> <p>Favorecer la deambulación diaria de forma moderada.</p>	<p>El tono y la motilidad intestinal disminuidos durante el periodo del post- parto se deben al relajamiento de los músculos abdominales y al efecto de la progesterona en los músculos lisos.<sup>39</sup></p> <p>El agua caliente actúa como estímulo para la evacuación intestinal.</p> <p>La deambulación ayuda al uso óptimo de los músculos abdominales y da efecto a la fuerza de gravedad.<sup>40</sup></p>

EVALUACIÓN: La señora deambulo por la tarde, manifestando la presencia de ruidos intestinales. Pero aun no defeca.

---

<sup>38</sup> Ídem. pág. 443.

<sup>39</sup> Op. cit. Reeder pág. 633.

<sup>40</sup> Op. Cit. Carpenito pág. 443

NECESIDAD: Higiene y Protección de la Piel.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con cesárea evidenciada por herida quirúrgica abdominal.

OBJETIVOS: Proporcionar los cuidados necesarios para evitar posibles infecciones.

Reducir la tensión en la sutura por medio de la aplicación de vendaje.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Curación diaria de la herida quirúrgica con técnica estéril, así como la colocación de apósito estéril.	El uso de desinfectantes en la herida reduce el número de microorganismos y disminuye el peligro de infección. El apósito seco y estéril inhibe la extensión de los microorganismos. <sup>42</sup>
Aplicación de vendaje abdominal. <sup>41</sup> Sujetar los bordes de la venda con firmeza para evitar la fricción y se debe fijar en la parte posterior.	Se obtiene el máximo sostén cuando la presión se distribuye uniformemente, la fricción puede causar irritación.
Sujetar la venda con material adhesivo, permitiendo un espacio adecuado para la respiración.	Un vendaje demasiado apretado reduce la expansión torácica durante la respiración; sin embargo debe de estar lo suficientemente apretada para proporcionar seguridad y sostén. <sup>43</sup>

EVALUACIÓN: Se observa herida quirúrgica limpia y seca sin datos de infección. Se realizó curación en la herida y se aplicó vendaje abdominal quedando cómoda y con sensación de seguridad.

<sup>41</sup> WIECK Lynn, et. al. (1998). Aplicación de sostenes. En técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Ilustrado Interamericana MC Graw Hill. México. pág. 215

<sup>42</sup> WIECK Lynn, et. al. (1998). Apositos Quirúrgicos. En técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Ilustrado Interamericana MC Graw Hill. México. pág. 342

<sup>43</sup> Ídem. pág. 343

NECESIDAD: Descanso y sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de bienestar por la herida quirúrgica e involución uterina manifestada por dolor y disminución de la actividad física.

OBJETIVOS: Disminuir el dolor proporcionando medicamentos indicados y brindándole comodidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Administración de analgésicos vía oral, llevando la regla de los 5 correctos. <sup>44</sup>  Hacer que la señora vacíe su vejiga.	La verificación con la regla de los cinco correctos reduce la probabilidad de errores en el medicamento. <sup>45</sup>  El útero se desplaza cuando la vejiga se distiende facilitando así el dolor. <sup>46</sup>

EVALUACIÓN: La señora presenta comodidad y sensación de alivio al dolor después de tomar el analgésico.

---

<sup>44</sup> Op cit Kozier,

<sup>45</sup> WIECK Lynn, et. al. (1998). Administración de medicamentos. En técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Ilustrado Interamericana MC Graw Hill. México. pág. 484

<sup>46</sup> Op cit Reeder pág. 631

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Déficit de cuidados relacionados con los cuidados corporales después de la cesárea evidenciando por su juventud y ser primeriza.

OBJETIVOS: La madre al ser dada de alta sabrá los cambios biológicos que se dan después de la cesárea y los cuidados para su cuerpo.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Enseñanza sobre los cuidados personales de tipo físico.</p> <p>Indicarle a la paciente que los loquios son un sangrado normal durante el puerperio y que ira cambiando de características conforme a lo siguiente: Del 1er al 3er día (rojo oscuro) 4º al 7º día (color rosado) 8º al 10º día (blancos amarillentos y mas escasos) 11º día a 3 semanas (albos)</p> <p>El olor debe ser similar al flujo menstrual.<sup>47</sup></p> <p>Cuidados de las mamas. Se le recomienda que se las maneje con cuidado y suavidad y en caso de fugas de leche, en particular en los primeros días se puede utilizar protectores para los senos que son de algodón absorbente, para mantener el pezón seco y evitar que la ropa externa se manche.<sup>48</sup></p>	<p>Las nuevas madres con frecuencia indican sentirse inseguras con respecto a su capacidad de cuidar de si mismas en el periodo del puerperio, están preocupadas a cerca de la manera en que van a desempeñar su papel de madres y tiene perturbación del concepto personal.<sup>49</sup></p>

<sup>47</sup> Op cit Reeder pág.622

<sup>48</sup> Ídem pág. 767

<sup>49</sup> Ídem pág. 638

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Indicarles las señales de peligro en el puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia vaginal abundante o loquios color rojo brillante.</li> <li>• Fiebre.</li> <li>• Aumento de la salida de loquios que sea de mal olor.</li> <li>• Área inflamada o adolorida, enrojecida o caliente en las mamas o en la herida.</li> </ul> <p>Sensación quemante o dolor al orinar incapacidad al efectuar la micción.</p> <p>Dolor persistente en la pelvis.</p> <p>Se les recomienda restringir las visitas (inclusive familiares) en los primeros días; ya que fatigan a la madre y constituyen una fuente de infecciones potenciales para el recién nacido.</p>	<p>Si la madre sabe que puede esperar y lo que debe hacer, con frecuencia podrá controlar situaciones, que de lo contrario le causarían temor o preocupación.<sup>50</sup></p>

**EVALUACIÓN:** La madre parece comprender los cuidados que debe tener durante el puerperio

---

<sup>50</sup> Ídem pág. 638



NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Lactancia materna ineficaz relacionada con la inexperiencia respecto de la lactancia, manifestada por la colocación incorrecta de la niña para la alimentación al seno.

OBJETIVOS: La madre deberá; identificar la técnica en “C” para la lactancia.

Adquirir destreza y relajación cuando alimente a su hija y evitar la compresión en la herida quirúrgica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Preparación de la paciente para: Comprobar que tanto la madre como el niño han recuperado su estabilidad funcional.</p> <p>Valorar condiciones del pezón para asegurarse que el niño podrá apresararlo con la boca y efectuar una succión eficaz.</p> <p>Colocar a la madre en una posición cómoda.<sup>51</sup></p> <p>Enseñanza sobre las técnicas de lactancia materna:</p> <p>Posición de balón de fútbol: La madre puede estar sentada en una silla o en la cama. Debe colocar una almohada a uno de los costados para apoyar al bebe. Las nalguitas deben descansar sobre la almohada, cerca del codo de la madre y sus pies deben apretarse contra el brazo de la madre apuntando hacia su espalda.</p>	<p>La lactancia materna : Suministrar de forma natural de nutrición al lactante.</p> <p>Establecer una relación íntima madre-hijo.</p> <p>Esta posición alternativa es ideal para las madres que fueron sometidas a cesárea ya que evita la presión sobre la herida, al tiempo que permite la visualización máxima de la cara del lactante.<sup>52</sup></p>

<sup>51</sup> Op. Cit. Wieck pág. 958

<sup>52</sup> Op. cit. Olds. pág. 913

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>La madre apoya la espalda del niño contra su antebrazo y acuna su cabeza inclinándolo hacia delante, centrando así el pezón y parte de la areola en la boca del bebe.</p> <p>Acostada de lado: Colocada en una almohada debajo de su cabeza y hombros. Puede apretar su brazo inferior contra su cabeza o usarlo para acunar al bebe. El niño se recuesta frente a ella colocando una almohada en su espalda. Con la mano libre la madre proyecta la mama hacia la boca del niño. Debe ofrecer primero la mama inferior y después cambiar hacia el otro lado.<sup>53</sup></p> <p>Técnica “C”. Para logra una adecuada succión, es necesario que una vez que el bebe este cerca de la mama. La madre sostenga la mama con su mano usando 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, justo por atrás de la areola. De esta forma el dedo pulgar y el índice forman una “C” y la madre puede mover la mama e introducir el pezón correctamente en la boca del bebe.<sup>54</sup></p> <p>Para cambiar de seno o al terminar de lactar, debe introducir suavemente el dedo en la comisura de la boca del niño, con lo cual se rompe el vacío y puede soltar el pezón sin lastimar el seno.</p>	<p>Si la madre colocara los dedos sobre la areola, afectara la salida de la leche y no permitirá que el bebe se posicione correctamente.</p>

**EVALUACIÓN:** Amamanto a su hija con la técnica correcta en una posición cómoda utilizando la técnica en “C”.

<sup>53</sup> IMSS Manual de Lactancia Materna C. M. La Raza Hospital de Gineco-Obstetricia No 3 pág. 31

<sup>54</sup> Ídem pág. 32

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración parental en relación con una hija no deseada, evidenciando deterioro de la unión madre- hija.

OBJETIVOS: Favorecer la oportunidad de interactuar con su hija para establecer una vinculación positiva.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Favorecer la expresión de sus sentimientos ante su hija y sobre el futuro.</p> <p>Fomento de la vinculación, señalando y reforzando las percepciones acerca de la capacidad del niño en su interacción con la madre.</p> <p>Describir las características físicas normales del recién nacido.</p> <p>Describir y demostrar las técnicas de consuelo, como el sonido, envoltura, mecer al lactante y acariciando.<sup>55</sup></p> <p>Proporcionar información sobre los procesos de enriquecimiento sensorial: Visual, auditivo, táctiles, vestibulares, gustativos y olfatorios.</p>	<p>Mientras mas joven sea la adolescente, es menos posible que presente los comportamientos maternos típicos de contacto, sincronía con su recién nacido, vocalización y proximidad entre la madre y el neonato.<sup>56</sup></p> <p>El desarrollo de la reciprocidad entre una madre y su hijo es evidencia del lazo o vinculo que se forma entre ellos.<sup>57</sup></p> <p>Cuando la madre se concentra aplica sus conocimientos y su capacidad para reconocer las señales que emite el niño, la retroalimentación positiva le produce gran satisfacción.<sup>58</sup></p>

EVALUACIÓN: Se observo que la señora inicio los primeros pasos para la interacción madre- hija.

<sup>55</sup> Op. cit. Olds pág. 1122

<sup>56</sup> Idem. pág. 1115

<sup>57</sup> Idem. pág. 1116

<sup>58</sup> Op. cit. Reeder pág. 729

## 2.6 EVALUACIÓN

CLAVES:

**C**    **Objetivos logrados**

**P**    **Objetivos alcanzados parcialmente**

**N**    **Objetivos no alcanzados**

Objetivo: Que la señora M. aumente su ingesta de nutrimentos balanceados durante el periodo de lactancia.

Criterio de resultado: Explicara los alimentos que contienen proteínas, calcio hierro y fósforo etc.

Logro del objetivo:        **C**    **P**    **N**

Objetivo: La señora M. al cabo de 24 horas habrá defecado sin dificultad ni esfuerzo.

Criterio de resultado: explicara la importancia de la deambulación y el consumo de fibra para la fácil defecación.

Logro del objetivo:        **C**    **P**    **N**

Objetivo: Disminuir el dolor proporcionando sus medicamentos indicados y brindándole comodidad.

Criterio de resultado: la señora entenderá la naturaleza de la involución uterina, ya que esto es la causa del dolor.

Logro del objetivo:        **C**    **P**    **N**

Objetivo: Proporcionar los cuidados necesarios para evitar posibles infecciones.

Criterio de resultado: Quedara protegida después de las curaciones adecuadas.

Logro del objetivo:        **C**    **P**    **N**

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, la filosofía de Virginia Henderson se adapta a la aplicación de los cuidados de la enfermería. Definitivamente es como una herramienta que nos guía a evaluar todas las necesidades del paciente en sus tres esferas bio-psico-social, en dichas necesidades se valoran sentimientos y emociones del paciente.

Por tratarse de una adolescente es difícil la situación por la que esta pasando pero no importando esto se le hace sentir que hay alguien en quien puede confiar y que la escucha. Se desconoce lo que pueda pasar en casa al ser dada de alta, pero la información fue dada oportunamente para que en su casa tenga los cuidados necesarios.

Los componentes del proceso de enfermería ayudan a realizar los cuidados de forma ordenada y con una secuencia de los mismos, con un enfoque multidisciplinario y holístico, logrando una mejor integración del plan de cuidados.

## GLOSARIO

**ACIDOSIS:** Estado anormal producido por el exceso de ácidos en los tejidos y en la sangre.

**AMNIOITIS:** Inflamación de la membrana que recubre al feto (concretamente del corion, vasos sanguíneos del feto, cordón umbilical, amnios); puede ser fatal para el feto y para la madre.

**ANTIMICROBIANO:** (Farm.) Eficaz contra los microorganismos.

**BRADICARDIA:** Ritmo cardiaco mas lento de lo normal. Cuando es excesivamente lento puede causar alteraciones del nivel de conciencia.

**CONTRACCIÓN UTERINA:** Acortamiento rítmico durante el parto de la musculatura del segmento uterino.

**CORION:** Una de las envolturas del embrión.

**FRECUENCIA CARDIACA FETAL:** Número de latidos cardiacos fetales en una determinada unidad de tiempo. La FCF, varía con los ciclos de reposo y la actividad fetal. Y esta influida por muchos factores. La FCF normal es superior a los 100 latidos por minuto e inferior a los 160 latidos por minuto.

**FIBRINOGENO:** Es la fracción del plasma humano que al añadir trombina se transforma en fibrina, se administra por vía venosa para aumentar la coagulación de la sangre.

**HEMATOMA:** Tumor producido por la acumulación de sangre extravasada.

**HIDRORREA:** f. Salida de líquido seroso a través de los genitales externos. Puede ser de origen infeccioso o secundaria a la rotura de la bolsa amniótica.

**HIPOMOTILIDAD:** f. Disminución de la capacidad de movimiento, bien en las articulaciones, bien en las vísceras huecas.

**HIPOXIA:** Poca o insuficiente oxigenación de los tejidos. La falta de oxigenación del corazón puede determinar que deje de latir. La hipoxia cerebral causa trastorno del nivel de conciencia y si es muy severa y duradera provoca lesión cerebral irreversible.

**HISTERECTOMIA:** Extirpación quirúrgica del útero. El útero puede ser extirpado abriendo el abdomen o a través de la vagina.

**HOLISMO:** Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

**HOLISTICO:** Perteneiente o relativo al holismo.

**INTRAUTERINO:** Adj. Que se encuentra en el interior del útero o matriz.

**LEUCORREA:** Líquido blanquecino viscoso, producido por la mucosa vaginal y por el endometrio de la cavidad uterina. Se exterioriza por la vagina puede ser maloliente como ocurre en la gonorrea.

**LÍQUIDO AMNIÓTICO:** Líquido que rellena el saco amniótico. A él vierte el feto sus secreciones, en especial la orina, y también, sobre todo al final de la gestación, el feto traga algo del líquido amniótico. Como el feto hace algunas inspiraciones dentro del útero, la vía aérea en el recién nacido suele estar rellena de líquido amniótico, que se elimina con los primeros golpes de tos del neonato. El líquido amniótico cumple además una misión hidrodinámica, tanto amortiguando los golpes que puede recibir el feto como en la fase de dilatación del cuello uterino.

**MEMBRANA:** Tejido o agregados de tejidos que en conjunto presenta forma laminar y es de consistencia blanda.

**MENARCA:** Aparición de la primera menstruación.

**POLIHIDRAMNIOS:** Que tiene exceso de líquido amniótico.

**SUFRIMIENTO FETAL:** Trastorno fetal, normalmente descubierto durante el parto caracterizado por una velocidad o ritmo marcadamente anómalos de la contracción miocárdica.

**TAQUICARDIA:** Aceleración del ritmo cardiaco, situación caracterizada por mayor rapidez de lo normal, en el ritmo con que late el corazón.

**TRABAJO DE PARTO:** Tiempo y proceso que se produce durante el parto, desde el comienzo de la dilatación cervical hasta la expulsión de la placenta.

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

ALFARO, Rosalinda (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica 2ª edición. Editorial Mosby Dogma. Barcelona, España.

AMGO No 3 (1998). I.M.M.S. Ginecología y obstetricia. 3ª Edición. Editorial Mendez Editores, México.

BERNAL, B. Pineda. (1996). Origen de las practicas de cuidados. Su influencia en la práctica de enfermería. ENEO UNAM México, D. F.

CARPENITO, Linda (1995). Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España.

CLAYTON, Thomas. (1997). Diccionario medico enciclopédico tabers. Editorial Manual Moderno. México, D.F.

FERNÁNDEZ, Ferrin Carmen, (1995). El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención. Editorial Masson-Salvat. Barcelona, España.

FRANCOISE C.M. (1994). Promover la vida. 3ª Edición. Editorial Mosby/Doyma libros. España.

HENDERSON, A. Virginia (1994) La Naturaleza de la Enfermería. Interamericana Mc.Graw Hill. México.

KOZIER, Bárbara (1999). Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana México.

LEDDY, Susan. (1992). Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Philadelphia OPS.

L. DINSPON. (1993) Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico en XIII Reunión de licenciados en enfermería. México DF. ENEO-UNAN Pág. 180 memorias.

MONDRAGÓN, Castro H. (1991) Obstetricia Básica Ilustrada. 4ª edición. Editorial Trillas, México.

NANDA. (1999). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 1999-2000. Tr. Ma. Teresa Luis Rodrigo. Madrid, España.

OLDS (1995). Enfermería Materno Infantil. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.



PEREZ, Sánchez A. (1992). Ruptura Prematura de Membranas. 2ª edición. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile

Phaneuf, Margot. (1993). Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Tr. Carlos López Gonzáles. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

POTTER, Patricia. (1992). Historia de enfermería, en valoración física. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España.

REEDER, et, al. (1995). Enfermería Materno Infantil. 17ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

ROSALES, Susana. Reyes, Eva. (1991). Fundamentos de Enfermería. Editorial El Manual Moderno. México.

UNAM (1996). Antología de textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería. Bernal López B, Pineda Ramírez, compiladoras. UNAM ENEO SUA. México.

WIECK Lynn, et. al. (1998). Aplicación de sostenes. En técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Ilustrado Interamericana MC Graw Hill. México.

WIECK Lynn, et. al. (1998). Apositos Quirúrgicos. En técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Manual Ilustrado Interamericana MC Graw Hill. México.

WIECK, L. et, al. (1988) Técnicas de enfermería. Manual Ilustrado. Tr. Dr. José Perez Gomes. 3ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

WOLF, Weitzel, et, al. (1988) Curso de Enfermería Moderna. 7ª edición. Editorial. Harla. México.

ZARATE G. Retos y perspectivas de enfermería en el umbral del año 2000. Revista Méx. De Enf. Cardiológica. Vol.3 No. 3 Jul – sep 1998