



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**MUJER EN ETAPA DE PUERPERIO POSTQUIRÚRGICO
CON DUELO POR MALFORMACIÓN DE SU HIJO DESDE LA
PERSPECTIVA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:
TERESA BONILLA MEDINA
NUM. DE CTA. 203004780**

**DIRECTOR ACADEMICO:
MTRO. FEDERICO SACRISTÁN RUÍZ**

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2009



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 Dios

Por haberme ayudado a encontrar el sendero de mi verdadera profesión, a través de diferentes caminos, hasta llegar a esta maravillosa experiencia, y por darme la vida misma, llenando mi alma de fe y esperanza.

A mi amado esposo

Te doy las gracias por ser parte de mi vida, por tu amor, por tu comprensión, por tu apoyo incondicional para trascender en mi profesión este logro también es tuyo, te amo.

A mis amados hijos

Gracias por su comprensión, gracias por su valiosa ayuda, por sus desvelos, por su paciencia al enseñarme a aprender a aprehender, me motivaron a seguir adelante, a no claudicar. En especial a Adriana.

A mis padres

Gracias por darme la vida y su apoyo incondicional, gracias por su amor de padres, por estar conmigo en los momentos tristes y alegres de mi vida y dándome siempre la fortaleza necesaria para realizarme.

A mis maestras (os)

Profesionales extraordinarios que siempre mostraron su interés por la superación del estudiante sin egoísmos, dando lo mejor de sí, sin esperar nada a cambio, a todos ellos mil gracias.

“El título de maestro no debe darse sino al que sabe enseñar, esto es al que enseña a aprender; no al que manda a aprender ni al que se aconseja a que aprenda. El maestro que sabe dar las primeras instrucciones, sigue enseñando virtualmente todo lo que se aprende después, porque enseñó a aprender.”

Paulo Freire

INDICE

	PAG.
INDICE	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	5
METODOLOGÍA DEL TRABAJO	6
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1 TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA	8
1.2 VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)	9
1.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	18
1.3.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	29
	31
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	50
2.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	50
	51
2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERÍA	58
	60
2.5 PLAN DE ALTA	73
SUGERENCIAS	77
	78
CONCLUSIONES	
	80
ANEXOS	81
PUERPERIO	87
APOYO PSICOLÓGICO SOBRE EL DUELO	90
HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	92
FUENTES CONSULTADAS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó para presentar examen de Titulación en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia desarrollando el Proceso Enfermero, que es la herramienta básica del profesional de enfermería.

Durante este Proceso de Enfermería se toma la propuesta teórica de Virginia Henderson.

Esta teoría se ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. Su definición no era definitiva, ya que para Henderson está cambiando según el contexto de vida de las personas y de lo que realizará el personal de salud.

Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (niñez, adolescencia, adultez o vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte de la persona.

El puerperio o período postparto, es una etapa en la cual se efectúan cambios físicos y fisiológicos muy importantes para la madre y la familia de ésta. La atención que se le proporcione durante esta etapa, toma en cuenta las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer y la familia, ya que requieren aprender la manera de realizar los cuidados en el binomio y evitar las complicaciones.

El aspecto emocional en el puerperio considero que es importante tomarlo en cuenta ya que en ocasiones el personal de salud en el área de hospitalización pasa por alto este esencial aspecto en la mujer puérpera y se pone a la mujer en peligro de desarrollar patologías más graves, como por ejemplo, una depresión, alargándose su recuperación.

JUSTIFICACIÓN

*Nadie nos va a regalar un mundo mejor,
empecemos cuanto antes a construirlo.*
Florence Nightingale.

Florence Nightingale en sus notas hacía referencia de manera implícita la participación de enfermería dentro de la sociedad para hacer aportes que favorecieran la vivencia en un mundo más armónico. Es así como se puede inferir que la enfermería como profesión tiene la responsabilidad de participar activamente en el mundo social.

De acuerdo con lo anterior, una de las características de la enfermería consiste en que se le considera ciencia humanista. Cuyo desarrollo profesional está directamente vinculado con la entrega de herramientas para la satisfacción de las necesidades del hombre otorgando bienestar. Es por ello que el personal de enfermería debe de concientizarse en la responsabilidad social que la profesión conlleva prestando un servicio de calidad.

La responsabilidad se manifiesta en las diversas áreas de la profesión, no sólo en relación al cuidado, prevención y promoción de salud de los individuos, sino también de la sociedad en general y el medio ambiente.¹

Virginia Henderson define que las enfermeras tienen como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. Ella planteó que la enfermera no sólo debe valorar las necesidades de la persona, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, se puede modificar el entorno en los

¹ Cárdenas Conejeros, Carolina. Descubriendo la responsabilidad social universitaria en estudiantes de la enfermería, Universidad Austral de Chile, segundo semestre académico, 2006, pág. 10. En línea: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmc266d/doc/fmc266d.pdf>

casos en que se requiera y debe identificar a la persona y familia como una unidad.²

Elegí estudiar este caso clínico porque muchas de las veces en las Instituciones de Salud el personal que ahí laboramos no tomamos en cuenta el impacto psicológico que provoca la enfermedad de un hijo (a) en la mujer puérpera, el personal de salud por lo general solo se aboca a tratar las patologías de base.

De esta manera, este Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se realizó con la finalidad de desarrollar el Proceso Enfermero y detectar oportunamente las necesidades de salud en una persona con puerperio quirúrgico en duelo por una hija con malformación congénita (Trisomía 18 y Tetralogía de Fallot).

OBJETIVOS

² Reyes, Isidora *Definición de Enfermería*, Universidad de Carabobo, pág. 3-15. En línea: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Definicion_enfermeria.pdf

Objetivo General.

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona puérpera con duelo y realizar las intervenciones necesarias con el Modelo Teórico de Virginia Henderson

Objetivos Específicos:

- Realizar la valoración de la persona para identificar las necesidades alteradas.
- Con base a los problemas detectados elaborar los diagnósticos de enfermería.
- Planear y Ejecutar las Intervenciones de educación para la salud.
- Realizar la evaluación de los logros obtenidos en las etapas anteriores.
- Elaborar intervenciones de educación para la salud.

La realización de este Proceso de Atención de Enfermería, fue en el Instituto Nacional de Perinatología, en el Servicio de Alojamiento Conjunto del 3er. piso.

El primer contacto de la relación paciente-enfermera lo tuve dentro mi ámbito laboral, Elvia cursa el 2° día de post cesárea detectando en ella diversos factores que alteraban su salud por lo que decidí realizar el siguiente proceso de enfermería.

La base metodológica en la realización de este trabajo es el Método Enfermero que se fundamenta en el Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.

Una vez permitida la relación enfermera–paciente se inicia el Proceso de Atención en Enfermería de la siguiente forma:

1.- Mediante la observación, la entrevista y la exploración física (fuentes directas) se realizó la **valoración** de la mujer puerpera. Se utiliza expediente clínico y la información de su esposo, (fuentes indirectas) desarrollando las catorce necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

2.- Se realizó un análisis de los datos obtenidos de los cuales se elaboraron los **diagnósticos** de enfermería con el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas). Identificando las fuentes de dificultad que obstaculizan la satisfacción de las necesidades de la persona, para que a su vez se puedan determinar los problemas derivados del grado independencia–dependencia, se llevó a cabo en cuatro sesiones de 1 hora utilizando, estetoscopio, baumanómetro, termómetro cinta métrica , bascula, guantes, reloj, abatelenguas, expediente clínico, y así establecer y formular los diagnósticos de enfermería, jerarquizando las necesidades, para desarrollar los objetivos y la realización del plan de intervenciones de enfermería.

3.- Tomando como base los diagnósticos de Enfermería se **planearon** los cuidados de Enfermería.

4.- La **ejecución** de lo planteado se llevo a cabo en el servicio durante los días de su hospitalización y en su domicilio.

5.- Para finalizar se realiza la última etapa del proceso en donde se **evaluó** la satisfacción de las necesidades detectadas.

Aunado a lo mencionado anteriormente, la investigación bibliográfica fue una herramienta esencial para el desarrollo y la fundamentación durante todo el proceso de este trabajo.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

No podemos hablar de Enfermería sin remontarnos, aunque sea brevemente, a su historia. La Enfermería o mejor dicho, los cuidados enfermeros son tan antiguos como el mismo hombre. Desde el principio de la humanidad se realizaban cuidados enfermeros en beneficio del grupo, para conservar la especie y por el propio individuo, y por lo general estos procedimientos eran principalmente realizados por mujeres.

Estas prácticas antiguas, basadas a veces en la observación de los animales y otras en la propia experiencia se fueron transmitiendo de generación en generación, desarrollándose así un saber empírico que originó de algún modo las prácticas de enfermería.

Más tarde, con la llegada del Cristianismo, estas prácticas tomaron un matiz religioso concibiéndose el cuidado enfermero como una forma de santificación para el que lo realizaba; la enfermedad en ese tiempo estaba considerada como un castigo divino y el cuidador debía ocuparse tanto del cuerpo del paciente como de su alma, haciendo méritos, con su sacrificio, para ganar la vida eterna. Pero al llegar la Reforma Protestante, todas estas ideas desaparecieron en los países que se separaron de la Iglesia Católica, ya no era necesario sacrificarse para ganar el cielo, esto se conseguiría sólo por el acto de creer (ideología de Lutero y Calvino).

Las iglesias fueron destruidas al igual que los hospitales puesto que, en su mayoría, éstos estaban gobernados por órdenes religiosas. De esta forma, en algunos países, quedó descubierto casi por completo el cuidado de los enfermos. Estas tareas fueron consideradas denigrantes y, por lo tanto, dejadas en manos de personas sin escrúpulos y por supuesto, sin preparación alguna para llevarlas a cabo.³

³Zueras Beltrán, Pilar. *Historia de la Enfermería*, Universidad Panamericana. En línea: <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>

Así, gran parte del conocimiento empírico conseguido hasta ese momento se perdió, el enfoque caritativo y de humildad que habían tenido los cuidados hasta entonces impidió que se hicieran registros escritos del trabajo que los (a) religiosos habían realizado.

1.1 TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA

Debido a los múltiples cambios que se fueron dando a través de la historia, se define y se asientan las bases en el siglo XVIII, cuando surge la ciencia, conocimiento científico que busca las leyes de la naturaleza y de la cultura, a su vez las aplica, analizando cada una de sus partes hasta llegar a las “TEORIAS”.

La teoría como concepto básico es un conjunto, según sus teóricas de preposiciones lógicas que tienen como fin la explicación y predicción de las conductas en un área determinada de fenómenos, y que requieren de explicación no sólo subjetiva, sino objetiva; ya que éste es un proceso entendiéndose como conjunto de fases o etapas de un fenómeno en evolución.

Es así como a través del tiempo la profesión de enfermería va tomando auge, junto con los cambios mismos de una historia cambiante y transformadora; al mismo tiempo van surgiendo grandes pensadores con relación a esta profesión, teóricas que van dejando huellas en cada una de sus ideas y que es digno de mención para el futuro. A continuación mencionaré brevemente algunas de las principales teóricas que han enriquecido la profesión de la enfermería:

Florence Nightingale.



Florence Nightingale (de nacionalidad británica), es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se la considera la madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Destacó desde muy joven en las matemáticas, aplicando después sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria. Fue la primera mujer admitida en la Royal Statistical Society británica, y miembro honorario de la American Statistical Association.

Descripción del modelo de enfermería.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y, considerando la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que ésta actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente. Creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Indicó la necesidad de la atención domiciliaria: las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio deben enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos para mantener su independencia.

Su modelo considera la enfermería como una vocación religiosa, sólo para mujeres. Sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La práctica de la enfermería implica el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, y la oportuna selección y administración de dietas. Todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad.⁴

⁴ Reyes, Isidora Definición de Enfermería, Universidad de Carabobo. En línea: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Definicion_enfermeria.pdf

Tipos de enfermería según el modelo:

- De la salud: Arte que toda mujer debe aprender sobre conocimientos de higiene. La Enfermería cumple funciones independientes.
- De la enfermedad: Arte y cuerpo de conocimientos de otras disciplinas. Función dependiente totalmente o de manera parcial.

Definición de salud y enfermedad.

Florence Nightingale definía enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o de las condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos. La enfermería, entonces, es tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir como poner o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

Florence Nightingale se rebeló contra los prejuicios de su época y contra su destino de mujer que debía permanecer en el hogar y escogió la profesión de enfermera, que hasta ese momento estaba desprestigiada y se reservaba a los pobres. En 1853, tras una recomendación del secretario de Guerra Sidney Herbert, pasó a ser superintendente gracias a ciertos trabajos que realizó en contra de sus inclinaciones a determinados cargos dentro del Institute for the Care of Sick Gentlewomen. Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea. Un informe suyo acerca de las condiciones de vida de los soldados heridos impulsó a Herbert a enviar allí a Nightingale.

El 21 de octubre de 1854 Florence Nightingale y un batallón formado por 38 enfermeras voluntarias fue enviado a Crimea. En Scutari (hoy Uskudar), Nightingale y sus compañeras de trabajo reformaron y limpiaron el hospital, a pesar de la reacción de doctores y oficiales, e hicieron caer la tasa de mortalidad desde el 40% al 2%. Allí, Florence Nightingale contrajo brucelosis.

Su regreso triunfal a Inglaterra se produjo el 7 de agosto de 1857. Dedicó el resto de su vida a promover su profesión. Fundó una escuela de enfermeras que lleva su nombre. Durante la guerra de Secesión en 1861 fue llamada por el gobierno de la Unión para que organizara sus hospitales de campaña. También fue una experta estadística y una pionera de la epidemiología. Inventó los gráficos de sectores o histogramas para exponer los resultados de sus reformas. En 1858, Florence Nightingale fue la primera mujer miembro de la Statistical Society. En 1859 publica *Notas sobre hospitales* y, más tarde, *Notas sobre enfermería*, dedicada a las amas de casa. En 1860 crea la primera escuela de enfermería en el Hospital de Santo Tomás con 15 alumnos. En 1883, la reina Victoria le otorgó la Royal Red Cross y, en 1907, fue la primera mujer condecorada con la Orden del Mérito.⁵

Florence Nightingale logró realizar su sueño de asistir a los enfermos después de enfrentarse a sus padres y familiares. Su madre Emily y su padre William se oponían a que su hija fuera enfermera ya que estaba mal visto que una mujer perteneciente a una clase alta desempeñara una tarea tan "denigrante"; la mujer debía casarse, formar y cuidar su familia. Sin embargo, ella recibió ayuda de su abuelo materno, quien entendió su interés por esta profesión, aunque no quería eso para ella, y por otro lado ella misma buscó el apoyo de un amigo de la familia Nightingale, Samuel, médico de profesión, quien estaba secretamente enamorado de ella. Florence Nightingale tenía una hermana menor, llamada Clarise. Nunca se casó; dedicó su vida al servicio del prójimo y de aquellos que más lo necesitaban, buscando la forma de mejorar su salud y en otros casos de hacer más llevaderos sus últimos días.

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

⁵ *Ibidem.*

Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.⁶

FAYE G. ABDELLANH.

“Define la enfermería como un enfoque de solución a los problemas”. En la enfermería, los problemas clave se relacionan con las necesidades de salud de la gente.

LIDIA E. HALL.

En 1964 fue presentado su estudio, define la enfermería como un proceso que sustenta la motivación y la energía para la curación del paciente. Identifica tres aspectos de la enfermería relacionados con este objetivo a saber, el trato terapéutico del ego, los cuidados corporales y la curación. Sostenía que los cuidados de enfermería son más necesarios cuando menor atención médica se recibe.

VIRGINIA HENDERSON.

Define a la enfermería como la ayuda al individuo en el desarrollo de la salud, que podría efectuar la propia persona sin ayuda, en caso de que tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento necesario.

⁶ *Ibidem.*

Centra los cuidados de enfermería en las necesidades del paciente y subraya la necesidad de que el profesional de enfermería tenga una actitud – empática.

DOROTHY JOHNSON.

Considera la conducta del paciente como un sistema, o sea un todo con partes que interactúan, la enfermería es una fuerza reguladora externa, cuya función es preservar la organización y la integridad de la conducta del paciente, en un nivel óptimo, bajo condiciones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o cuando está presente una enfermedad. Considera la enfermería como una herramienta principal para ello.⁷ La enfermera utiliza sus conocimientos para tratar de evitar la inestabilidad en la conducta y por lo tanto, mantener la estabilidad de la misma.

IMOGENE M KING.

La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción, por el que el profesional de enfermería ayuda a los individuos a satisfacer las necesidades básicas en la vida cotidiana y hacer frente a la salud y la enfermedad. Los conceptos acerca de los seres humanos incluyen el sistema social de cada persona y sus percepciones, relaciones interpersonales y salud.

MYRA E. LEVINE.

La enfermería es como una disciplina terapéutica o de apoyo que ayuda al individuo en cuatro áreas de conservación indispensables para la salud; conservación de la energía, de la integridad estructural del cuerpo, de la integridad personal y de la integridad social.

DOROTHEA E. OREM.

La enfermería como la ayuda a otros en el diseño, la prestación y el manejo de los cuidados de la propia persona, a fin de mantener o mejorar el funcionamiento humano en algún nivel de eficacia.

⁷ Enfermeras Teóricas <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias4.htm>

Define los cuidados de la propia persona como las prácticas que instituyen y llevan a cabo las personas para mantener la vida, la salud y bienestar. El profesional de enfermería interviene sólo cuando los individuos no pueden llevar a cabo por sí mismos las medidas de cuidado de su propia persona.

IDA JEAN ORLANDO.

La enfermería como un proceso relativo a la interacción con personas enfermas para la satisfacción de necesidades inmediatas. Identifica a cuatro prácticas básicas para la enfermería: observación, preparación de informes, registro y acciones llevadas a cabo con el paciente o para él.

HILDEGARD PEPLAU.

La enfermería como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, cuya función es ayudar a dominar la tensión y la frustración. Considera la enfermería como un instrumento educativo que tiene como finalidad brindar una vida creativa, productiva, personal y comunitaria.

MARTHA E. ROGERS.

La enfermería como una ciencia humanística y humanitaria. Esta ciencia está dirigida a las interacciones cada vez más complejas y amplias de los seres humanos con su ambiente. La función esencial de enfermería es ayudar al paciente con sus interacciones con el ambiente.

HERMANA CALLISTA ROY.

Considera a los seres humanos como gentes biopsicosociales que interactúan constantemente con su medio ambiente y que le hacen frente mediante mecanismos de adaptación biopsicosocial. Las interacciones con el profesional de enfermería tienen como fin eliminar, aumentar, disminuir o modificar los estímulos que recibe el individuo. Con ello, la conducta resultante se vuelve adaptativa y fomenta la salud.

ERNESTINE WIEDENBACH.

Describe el objetivo de la enfermería, como el de facilitar esfuerzos de los individuos para superar obstáculos que interfieren constantemente con su capacidad para responder en forma adecuada a las exigencias que les plantea su situación, ambiente, estado y tiempo.⁸

La Enfermería en México.

Mientras este nuevo concepto de la Enfermería se iba extendiendo en muchos países de Europa, en México estábamos apenas saliendo de la guerra de Independencia y como consecuencia reorganizando nuestro país. Durante la época colonial, en México los cuidados enfermeros estuvieron a cargo de las órdenes religiosas, recordemos que España no entró a la Reforma Protestante y siguió siendo un país católico.

Esto continuó así hasta que Benito Juárez publicó un decreto en el que se secularizaron los hospitales y centros de beneficencia el 2 de febrero de 1861 y posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república, quedando excluidas las Hermanas de la Caridad, pues sus reglas no estaban en contra de las leyes de Reforma; temporalmente quedaron a cargo de los enfermos de nuestro país, pero en 1874 Sebastián Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México, dando origen a nuestro propio “período oscuro de la Enfermería”.

Para principios del siglo XX, el Doctor Eduardo Liceaga, designado por el presidente de la República, inicia el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera Escuela de Enfermería del mismo, inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente y, se inicia así una evolución de la profesión que nuevamente será interrumpida por la Revolución Mexicana.

Una vez reorganizado el país después de la guerra, primera mitad del siglo XX hubo en México, aproximadamente 30 años de un desarrollo amplísimo de la Enfermería. El Estado asume la responsabilidad de la salud pública, se crean

⁸ Ibídem

organismos como el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), etcétera. Además de construirse una gran cantidad de hospitales en el país.⁹

En las siguientes décadas, la Enfermería tomó conciencia de la necesidad de una preparación a nivel licenciatura, que elevara el conocimiento científico de la enfermera y permitiera reforzar el trabajo de prevención. En 1968 se abrió ésta en la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) fundada en 1945. Hoy en día la Licenciatura en Enfermería se imparte en diferentes instituciones estatales en México, así como en algunas universidades privadas.¹⁰

1.2 VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

⁹ Zueras, Beltrán, Pilar, *Historia de la Enfermería*, Universidad Panamericana.
En línea: <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>

¹⁰ *Ibíd.*



El modelo que propone Virginia Avenel Henderson en lo concerniente a la atención del individuo me parece que es la más acorde para los cuidados proporcionados a las personas enfermas o sanas, ya que en su modelo retoma propuestas de Abraham Maslow quien realiza su teoría sobre la motivación humana y habla de una jerarquización de necesidades.

Aún cuando no aparece una definición concreta de necesidad, esta es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora, reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera paciente y recurre a Maslow para el contexto de las necesidades humanas.¹¹

Es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson. Henderson definió a la enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.¹²

¹¹ Jiménez-Castro, Ana Bertha, Salinas-Durán, María Teresa, Sánchez Estrada, Teresa. *Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson*. Instituto Mexicano del Seguro Social. En línea: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/60ABE43C-1330-40E1-BA8E-0B9B01DA9A19/0/2_6163.pdf

¹² Dueñas Fuentes, José R. *Virginia Henderson*. En línea: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Así, para Henderson la definición de enfermería no es definitiva. Pues, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Datos biográficos.

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

- A la edad de 21 años (1918) inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.¹³

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.¹⁴

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.

¹³ *Idem.*

¹⁴ Reyes, Isidora. *Definición de Enfermería*, Universidad de Carabobo, pág. 3-15. En línea: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Definicion_enfermeria.pdf

- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

Se le otorgaron varios reconocimientos, entre los que destacan: el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, entre otros. Por otra parte, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. Cabe mencionar que La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.
- 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de La American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- Virginia Avenel Henderson falleció de muerte natural a la edad de 99 años, el 30 de Noviembre de 1996.¹⁵

Influencias teóricas.

Tres factores condujeron a Henderson para que formase su propia definición de Enfermería. El primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946. El tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación

¹⁵ *Ibidem.*

de La American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955.

Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

Tendencia y modelo.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades básicas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda.

Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.¹⁶

Principales conceptos y definiciones.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender a la persona sana o enferma (o ayudarlo a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus

¹⁶ *Ibidem*

necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de enfermería según Henderson.

La enfermería, para Virginia Henderson, tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. Por tanto, es necesario definir conceptos como, salud, entorno, persona (paciente) y necesidades desde esta perspectiva.

Entorno Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.¹⁷

Persona (paciente).

Según esta teórica de la enfermería, es una persona que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.¹⁸

Necesidades.

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

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

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

¹⁷ Ibídem

¹⁸ Ibídem

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

El profesional de enfermería debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

El profesional de enfermería deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA.

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Hace referencia también al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE.

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS.

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean, la autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O "SENSACIONES".

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.¹⁹

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN.

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

¹⁹ *Ibíd*em

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD.

Supuestos principales.

El profesional de enfermería tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La 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.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, el profesional de enfermería debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger a la persona de lesiones mecánicas.²⁰

Afirmaciones teóricas.

En este sentido es necesario hablar sobre la relación entre enfermera (o) – persona, la relación entre enfermera (o) – médico y, la relación entre enfermera – equipo de salud.

²⁰ Ibidem

Así, en la primera se establecen tres niveles en la relación enfermera(o) paciente y estos son:

- La enfermera(o) como auxiliar de la persona: durante los periodos de convalecencia la enfermera(o) ayuda a la persona para que recupere su independencia.
- La enfermera(o) como compañero de la persona: El profesional enfermera supervisa y educa a la persona pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera(o) – médico:

El profesional de enfermería tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro, dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera (o) – equipo de salud:

El profesional de enfermería trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado pero no deben realizar las tareas ajenas.

Método lógico.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.²¹

²¹ Dueñas, Fuentes Raúl *Enfermeras Teóricas*. En línea <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias4.htm>
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

1.3 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite al profesional de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro, valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.²²

Para Carpenito (1981), Enfermería es “un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre el profesional de enfermería, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible”. En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.²³

El Proceso Atención de Enfermería se define por sus objetivos, según Iyer menciona que, "el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad". En este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, Yura y Walsh afirman que el Proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: Mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si éste estado se alterara,

²² *Ídem.*

²³ Carpenito L J. (2000) *Diagnósticos de Enfermería*. Interamericana Mc Graw – Hill. 3ª edición

proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

De igual manera, Alfaro define el proceso de Enfermería como el conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.²⁴

Las ventajas.

La aplicación del Proceso de Enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; por tanto, podemos decir que tiene repercusiones en la profesión, el cliente y en lo cuidados que se brindan.

Para el paciente son:

²⁴ Dueñas, Fuentes Raúl. Op. Cit.

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para el profesional de enfermería

- Se convierte en experto.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.3.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN.

Es la primera fase del Proceso de Enfermería, se puede definir como un proceso organizado y sistemático en donde se recogen datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente

primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos (fuentes secundarias).²⁵

FORMAS DE VALORACIÓN.

Existen dos formas de recoger la información en enfermería, según Alfaro (1988) son:

- Valoración de datos fundamentales: Está dirigida a la recopilación exhaustiva de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito 1987) psicológica, fisiológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual, así como de los patrones de interacción con el medio. Generalmente se utiliza durante el primer contacto con el cliente.
- Valoración de datos específicos o valoración focalizada Aspinall MJ y Tanner C. (1985): Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado. Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.

El profesional de enfermería recoge los siguientes tipos de datos:

- Subjetivos: Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Objetivos: Son aquellos que se pueden observar o medir.

En ocasiones los datos objetivos y subjetivos son coincidentes, pero en otras son contradictorios, en estos casos tendremos que buscar información complementaria.

- De antecedentes o históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o

²⁵ Alfaro-Lefevre, R. (1999) *Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso*. Ed. Spronger 4ª edición. España, pág. 274.

patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

- Actuales. Son aquellos hechos que ocurren en el presente (presión arterial, dolor postoperatorio, etc.).

Fuentes de datos.

La procedencia de la información puede ser de dos tipos:

- Primarias: El paciente nos aportará datos subjetivos y subjetivos.
- Secundarias: Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, éstos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Otros datos proceden de la historia clínica anterior y otros de registros y conclusiones realizados por otros miembros del equipo, etc.

Métodos para la recogida de información/datos.

Los métodos de recogida de información suponen, en enfermería, una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son: La entrevista, la observación y el examen físico.

A) Entrevista Clínica.

Sobre la entrevista clínica F. Borrell nos indica que, no debe existir una visión simplista equiparando la entrevista con una recogida de datos, ya que la entrevista es eso y mucho más; la diferencia fundamental estriba en que en la entrevista clínica no se busca solo un dato sino información, lo que significa que se pretende recoger un conjunto de datos situados en un contexto.

La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual el profesional de enfermería realiza la historia del paciente.

El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre el profesional de enfermería y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera(o)/persona
- Permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera(o) a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) se concretan las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez y respeto.

- Empatía: se entiende por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender a la persona, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del sujeto, y otro en el que le da a entender que lo comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre la persona y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.²⁶
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al sujeto que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor de la persona y el reconocimiento como persona.

²⁶ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

B) Observación.

En el momento del primer encuentro con el paciente, el profesional de enfermería comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera(o)-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto de la persona, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) Exploración física.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse a la persona en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física, se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. El profesional de enfermería utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:

- Sordos: aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
- Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.
- Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.²⁷

VALIDACIÓN DE DATOS.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos de que la persona quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del sujeto, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

²⁷ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Spronger 4ª edición. España

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Segunda fase: Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica del profesional de enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar enfermería. La responsabilidad del profesional de enfermería es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente del profesional de enfermería, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran enfermería y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describen como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución, participando con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.²⁸
- Dimensión independiente de enfermería, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.²⁹
 - Síntesis, es la confirmación o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos hay establecer que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real.**- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- **Alto Riesgo.**- Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- **Posible.**- Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. El profesional de enfermería debe confirmar o

²⁹ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

excluir. Consta de dos componentes, formato PE: Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).³⁰

- **De bienestar.**- Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. El profesional de enfermería puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.³¹

Podemos añadir un quinto tipo:

- **De síndrome.**- Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

³⁰ Ibidem

³¹ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Spronger 4ª edición. España

- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tercera Fase: Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, según Carpenito e Iyer.

- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos.
- Decisión de las intervenciones de enfermería.
- Anotación del plan de cuidados.

La selección de prioridades.

En la fase de planeación se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede

conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.³²

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto se da preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad con la enfermera/o. En realidad las actividades que el profesional de enfermería desarrolla con y para las personas, tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas. Maslow favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Se hace hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- Ordenes de enfermería (actividades).

³² Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

- Evaluación (informe de evolución).

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS.

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del sujeto, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un sujeto concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers, «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad».
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a una persona concreta.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.³³

³³ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

Existen dos tipos de objetivos:

- a. Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- b. Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos.

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

Estos objetivos dirigen las actuaciones del profesional de enfermería hacia tres grandes áreas para ayudar a la persona:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: Capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.³⁴

³⁴ Ibídem

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Mediano plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** son los resultados que requieren de un tiempo más largo.

OBJETIVOS DE LA PERSONA.

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera(o). Los objetivos del sujeto se anotan en términos de lo que se espera que haga la persona, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos de la persona son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.³⁵
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le

³⁵ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

añaden las preferencias e individualidades, ejemplo: El paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya se ha dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** Son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas.
- **Psicomotores:** Estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, son habilidades.

EJECUCIÓN.

La fase de ejecución es la **cuarta etapa** del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.³⁶

EVALUACION.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

³⁶ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.

- Señales y Síntomas específicos:
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia.

- Conocimientos :
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios (test).
 - Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad.

- Estado emocional :
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal.

- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
 - Entrevista con el paciente.
 - información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a Alfaro-Lefevre la evaluación se compone de:

- Medir los cambios de la persona.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención de enfermería
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención del profesional de enfermería y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.³⁷

Se debe responder a las siguientes preguntas:

- ¿Ha aparecido algún problema nuevo?
- ¿Se ha alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación?
- ¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los ha logrado en absoluto?

³⁷ Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Spronger 4ª edición. España

El Proceso de Enfermería complementa el proceso médico centrándose en cómo responde la persona a los problemas médicos, el plan de tratamiento y los cambios en su vida diaria. De esta forma el profesional de enfermería se asegura de que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad, aumentando la posibilidad de que las intervenciones sean efectivas.³⁸

• Documentación y registro.

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

Beneficios del uso del Proceso de Enfermería.

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia y la duración de las estancias hospitalarias.
- Crea un plan con un coste efectivo, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para: mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias, dejar un rastro de papel que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejoren la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.
- Previene que los clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no a la enfermedad).
- Ayuda a: Los pacientes y a las personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.
- El profesional de enfermería a tener la satisfacción de obtener resultados.

³⁸ Ibidem

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Ficha de Identificación.

Nombre: E R H

Edad: 44años

Peso: 65 Kg

Talla: 1.51 mts.

Fecha de nacimiento: 16\09\1964

Sexo: Femenino

Ocupación: Hogar

Escolaridad: secundaria

Estado civil: Casada G 6 P 3 A 2 C 1

Miembros de la familia: esposo, 3 hijos.

Diagnóstico: paciente de post cesárea 2° día c/duelo por hijo con malformación congénita.

2.2 Valoración de enfermería con las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Subjetivo.

Nunca ha fumado, no tiene problemas para respirar, ocasionalmente padece de gripe o tos.

Objetivo.

Tensión Arterial 130/90 mm/Hg, Frecuencia Cardíaca 94x', Frecuencia Respiratoria 20x', Palidez leve, campos pulmonares ventilados limpios, ruidos cardíacos rítmicos, estado de conciencia bien ubicada.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Subjetivo.

Ingiere 3 comidas al día, consume pocos alimentos con fibra, es rica en carbohidratos, toma 3 – 4 vasos de agua al día, carne 1-2 veces a la semana, huevo c/3er día, frutas de la temporada, verduras las prefiere cocida.

Se siente nerviosa porque el personal de dietética le ha pedido que se extraiga leche para su bebé y no tiene suficiente.

Objetivo.

Talla 1.51cms. Peso 65 Kg. Cintura 101 cm. ,IMC 29, cabello bien implantado, mucosas orales ligeramente secas, dentadura completa con amalgamas en molar superior derecho, pezones formados, senos flácidos con lactopoyesis escasa, abdomen con abundante tejido adiposo blando, tiene algunos conocimientos de los diferentes grupos de alimentos.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

3.- ELIMINACIÓN.

Subjetivo.

E. que tiene evacuación compacta cada tercer día con pujo para realizarla.
Micción 3 – 4 veces al día color amarillo ámbar con olor fuerte.

Objetivo.

Abdomen globoso a expensas de abundante tejido adiposo blando con herida quirúrgica en línea media con puntos totales, bordes con hiperemia leve, en proceso de cicatrización con salida escasa de secreción serosa no fétida, doloroso a la palpación más acentuado en fosa iliaca derecha, útero involucionado a 2 dedos por debajo de cicatriz umbilical ruidos intestinales presentes disminuidos, región vulvar con loquios serohemáticos escasos no fétidos.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivo.

Está acostumbrada a mantenerse en movimiento, ahora le cuesta trabajo moverse, pararse de la cama y caminar bien.

Objetivo.

Se observa con gestos de dolor, dificultad al pararse, al acostarse y al caminar dentro y fuera de su unidad.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

5.- DESCANSO Y SUEÑO.

Subjetivo.

Refiere dolor en el alma, y en la herida quirúrgica, no duerme ni descansa bien, se siente preocupada por la salud de su bebé.

Objetivo.

Se muestra con llanto fácil, angustiada, deprimida, rostro cansado con ojeras.

Grado de dependencia: Dependiente.

6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Subjetivo.

Refiere que siempre se cambia diario y antes de dormir.

Objetivo.

Uso de bata hospitalaria, limpia, en buen estado.

Grado de dependencia: Independiente.

7.- TERMORREGULACIÓN.

Subjetivo.

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, le agrada el clima frío, en su domicilio hay ventilación apropiada ya que tiene ventanas las cuales abre por las mañanas.

Objetivo.

Temperatura 36.5° C. no ha presentado temperaturas fuera de los parámetros establecidos.

Grado de dependencia: Independiente.

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Subjetivo.

Se baña diario, de preferencia en la mañana, necesita crema para hidratar su piel ya que últimamente se le a reseca, se lava los dientes 3 veces vez al día, se lava las manos antes y después de ir al baño y al preparar alimentos.

Objetivo.

Piel seca, escamosa y flácida más acentuado en las 4 extremidades, herida quirúrgica con hiperemia en periferia con salida de secreción serosa escasa no fétida, su unidad se observa en orden.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

9.- EVITAR PELIGROS.

Subjetivo.

Utiliza medidas de seguridad en su casa, siempre está alerta, observa bien antes de cruzar las calles, niega datos de vasoespasma.

Objetivo.

Tensión arterial 130/90, miembros inferiores con insuficiencia venosa periférica, con edema de ++, no pide banco de altura para bajarse de la cama, no utiliza mecánica corporal para moverse fuera de su cama, no se acomoda las cintas de la bata, no sabe cómo utilizar la cama dentro del área de hospitalización.

Grado de dependencia: Dependiente.

10.- COMUNICARSE.

Subjetivo

Elvia es casada vive con su esposo y con 2 de sus hijos en casa de sus suegros, tiene buena comunicación con ellos, pero el menor de ellos no está enterado del

problema con la que nació su bebé porque era el más ilusionado con la llegada del nuevo integrante de la familia, él le escogió el nombre de Camila y no sabe cómo explicarle el defecto congénito de su hija, el tercero de sus hijos (es el mayor de 27 años) se quiso independizar por lo que ella y su esposo lo apoyaron. E. tiene algunos problemas con la familia de su pareja, sobre todo con su suegra, y una de sus cuñadas. Es tranquila, cooperadora, le gustaba ayudar a las personas en lo posible (por ejemplo cuando había alguna fiesta), pero a raíz de que supo la complicación que tiene su bebé se comenzó a aislar, a deprimir llorando todo el tiempo, llegó a renegar de dios, le duele el alma y pensó en el suicidio (tomar pastillas), pero la contuvo el pensar en su familia, aunque tiene muchas amistades casi no plática con ellas solo cuando está en la tienda (negocio de sus suegros) o cuando hay alguna fiesta, en la localidad donde vive es invitada por todos ya que la consideran alegre, optimista, le gusta bailar. No le quiere decir a la familia de su esposo la malformación congénita con la que nació su hija. Quiere salir adelante junto con su familia y aceptar "lo que le mando Dios como castigo".

Objetivo.

En ocasiones se observa pensativa, tiene llanto fácil por lo que tiene que hacer varias pausas antes de continuar, se muestra deprimida, tensa, consternada.

Grado de dependencia: Dependiente.

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Subjetivo.

Es católica, va a misa todos los domingos con su familia, aunque no se lleva bien con su suegra la tolera y le tiene paciencia, es respetuosa con sus vecinos, cree que es un castigo de Dios que su hija haya nacido así porque anteriormente se practico 2 abortos.

Objetivo.

Tiene imágenes de sus santos en la cabecera de su cama y en la cuna de su hija (UCIREN), reza constantemente, pide informes al personal de enfermería de cómo puede bautizar a su hija en el instituto.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE.**Subjetivo.**

Se dedica principalmente a su hogar, en sus ratos libres ayuda a sus suegros en una pequeña tienda no percibe salario, no ha pensado trabajar por su cuenta.

Objetivo.

Se observa tranquila, participativa.

Grado de Dependencia: Independiente.

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**Subjetivo.**

No le gusta realizar deportes, pero si le gusta convivir con su familia y con las personas de su comunidad, ve televisión en su casa de vez en cuando, casi no le gusta ir al cine, le gusta bailar con sus hijos cuando está contenta.

Objetivo.

Tiene sobrepeso, deambula por periodos largos, se observa tranquila, platica con su compañera de habitación.

Grado de Dependencia: Independiente.

14.- APRENDIZAJE.

Subjetivo.

Nivel de educación secundaria, no lee, ni escribe, desconoce las fuentes de aprendizaje sobre la malformación que tiene su hija y como cuidarla, es la primera cirugía que le realizan y desconoce cómo evitar que se infecte, todo esto le provoca angustia y estrés.

Objetivo.

Manifiesta interés por conocer el problema que tiene su bebé, la forma en que tendrá que cuidarla, pregunta cómo realizará el auto cuidado en su casa.

Grado de dependencia: Dependiente.

VALORACION DE NECESIDADES INTERFERIDAS JERARQUIZADAS

2.3 Diagnósticos de enfermería.

NECESIDADES INTERFERIDAS	I	PD	D	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
COMUNICACIÓN				Duelo anticipado R/C malformación congénita del Recién Nacido manifestado por depresión, angustia, temor, llanto, estrés y expresado verbalmente.
APRENDIZAJE				Deficiencia de Conocimientos R/C hijo con malformación congénita manifestado por no saber sobre la enfermedad de su hija, así como la forma de cuidarla.
DESCANSO Y SUEÑO				Fatiga R/C visitas prolongadas en la Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido (UCIREN) manifestado por referirse agotada, semblante cansado y permanecer mucho tiempo en el área de UCIREN. Perturbación del sueño R/C cambio en el patrón vigilia/sueño de la madre y preocupación por intentar dormir manifestado por despertarse más de 3 veces durante la noche.
OXIGENACIÓN				Posibilidad de afección de la integridad de los tejidos R/C el puerperio.
EVITAR PELIGROS				Probable alteración en la Irrigación de los tejidos R/C insuficiencia venosa periférica.
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA				Afección de la movilidad R/C la herida quirúrgica manifestado por gestos de dolor y referir dolor en herida quirúrgica.
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL				Posibilidad de infección R/C herida quirúrgica con hiperemia en periferia.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN				Hidratación alterada R/C el bajo consumo de agua manifestado por piel seca y escasa lactopoyesis. Nutrición alterada mayor a los requerimientos corporales R/C alto consumo de carbohidratos y falta de ejercicio manifestado por sobrepeso.

ELIMINACIÓN			Estreñimiento R/C el escaso consumo de alimentos con fibra y consumo bajo de agua manifestado por evacuaciones compactas y dificultad para expulsarlas.
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES			Malestar Espiritual R/C la creencia de estar siendo castigada por Dios por sus acciones pasadas manifestado por llanto.
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS			Déficit de Actividades Recreativas R/C la responsabilidad de diferentes roles manifestado por sobrepeso.
TRABAJAR Y REALIZARSE			Manutención del hogar eficaz Interacción social eficaz
TERMORREGULACIÓN			Termorregulación eficaz
VESTIR PRENDAS ADECUADAS			Autoestima eficaz

2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Duelo anticipado R/C malformación congénita del Recién Nacido manifestado por depresión, angustia, temor, llanto, estrés y expresado verbalmente.

OBJETIVO.

E. reconocerá en que etapa del duelo se encuentra y disminuirá su angustia.

INTERVENCIONES.

- Mencionar a médico residente de obstetricia sobre la problemática detectada en la paciente para que le dé una interconsulta con el Psicólogo.
- Escuchar las expresiones de sentimientos, enojo, creencias.
- Permitir a E. manifestar sus sentimientos y se desahogue
- Respetar su dolor.
- Evitar las barreras de la escucha activa.
- Enseñar técnicas de manejo de estrés.
- Alentar a que converse con otras madres en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales.
- Manifestar que no es culpa de ella, de alguien o de Dios el que su hija haya nacido con malformaciones.
- Pedir permiso para abrazarla.
- Expresar que cuenta conmigo para orientarla.
- Responder a sus preguntas en forma clara, sencilla y sin prisas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- La detección oportuna y correcta de necesidades y manifestaciones clínicas, permite la remisión de pacientes hacia aquellos profesionales de la salud indicados (manifestaciones de temor, ansiedad, rechazo o aceptación de

alimentos, reclamo constante de atención, falta de interés, alegría, agresión etc.).³⁹

- El proceso de comunicación y la relación interpersonal influyen directamente en la valoración del estado de salud del individuo.⁴⁰
- El sentimiento es el resultado de una emoción, a través del cual, el consciente tiene acceso al estado anímico propio.⁴¹
- La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir.⁴²
- La capacidad de escuchar en la interacción durante el examen clínico es aspecto importante para la efectividad y éxito del proceso de comunicación.⁴³
- Los valores, creencias y prejuicios influyen en la práctica de la profesión.⁴⁴
- Todo individuo que experimenta una emoción la expresa exteriormente que pueden ser: expresiones faciales, actitudes, movimientos del cuerpo, gesticulaciones etc.⁴⁵

EVALUACIÓN.

E. se observa más tranquila, cesa un poco su llanto y agradece el que la haya dejado desahogarse y hablar.

³⁹ Rosales B. Susana *Op. cit.* pág. 167.

⁴⁰ *Ibidem* pág. 166.

⁴¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Sentimiento>.

⁴² Guzmán V. Marina. *Psicología General, Antología*, UNAM ENEO pág. 313.

⁴³ Rosales B. Susana, *Op. Cit.* pág. 167.

⁴⁴ *Ibidem*

⁴⁵ Guzmán V. Marina. *Op. Cit.* pág. 313

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Deficiencia de Conocimientos R/C hijo con malformación congénita manifestado por no saber sobre la enfermedad de su hija, y como va a cuidar a su bebé.

OBJETIVO.

E. Disminuirá el estrés por medio del conocimiento de la patología que tiene su hija.

INTERVENCIONES.

- Valorar el grado de conocimientos que tiene ella y su esposo con respecto al padecimiento de su hija.
- Se le pide al neonatólogo de guardia que le explique nuevamente la enfermedad de su hija.
- Reforzar la información anterior con literatura de internet.
- Aclarar dudas con respecto a la lectura proporcionada.
- Utilizar un lenguaje sencillo durante la explicación.
- Manifestar disposición para proporcionar ayuda continua en su domicilio.
- Brindar orientación sobre las visitas en la Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido.
- Proporcionarle una pluma y hojas para que E. escriba las dudas que ella tenga para que no se le olviden y aclarar sus temores al siguiente día.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

- La etapa de inicio en el interrogatorio es importante para el progreso de la relación interpersonal paciente – personal de enfermería.⁴⁶
- Los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje.⁴⁷

⁴⁶ Rosales B. Susana, *Op. Cit.* Pág. 166.

⁴⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>.

- La detección oportuna y correcta de necesidades y manifestaciones clínicas, permite la remisión de pacientes hacia aquellos profesionales de la salud indicados.⁴⁸
- El uso de términos médicos disminuye la efectividad de la comunicación.⁴⁹
- La toma de decisiones requiere conocimientos, experiencia y práctica.⁵⁰

EVALUACION.

E. se muestra con interés y realiza preguntas sobre la malformación de su hija, se aclaran las dudas que ella escribió y se manifiesta nuevamente la disposición para continuar la asistencia de enfermería en su domicilio.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Fatiga R/C visitas prolongadas en la Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido (UCIREN) manifestado por referirse agotada, semblante cansado y permanecer mucho tiempo en el área de UCIREN.

OBJETIVO.

E. referirá menos cansancio.

INTERVENCIONES.

- Indicar reposo relativo.
- Informar sobre las posibles complicaciones que ella tendrá si no descansa lo suficiente.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante el día para evitar el cansancio en exceso.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

- El trabajo conjunto enfermera-paciente necesita comprensión de la situación del paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para

⁴⁸ Rosales B. Susana *Op. Cit.* pág. 167.

⁴⁹ *Ibíd.*

⁵⁰ *Ibíd.*

resolver problemas para determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud.⁵¹

EVALUACIÓN.

E. se refiere menos cansada a su egreso.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Perturbación del sueño R/C cambio en el patrón vigilia/ sueño de la madre y preocupación por intentar dormir manifestado por despertarse más de 3 veces durante la noche.

OBJETIVO.

E. dormirá mínimo 6 horas seguidas.

INTERVENCIONES.

- Ministrarle su medicamento para el dolor antes de que se acueste (ketorolaco 10 mg. V.O.) para evitar que se despierte durante la noche por dolor en la herida quirúrgica.
- Indicar que se bañe con agua tibia antes de acostarse.
- Cambiar ropa de cama antes de dormir.
- Apagar la luz de su unidad.
- Pedir al turno nocturno que si la ve dormida de ser posible no la despierte.
- Minimizar los ruidos dentro de su unidad.
- Explicar y ayudar con medidas analgésicas no invasivas como:
 - a. Cambios posturales.
 - b. Distracciones.
 - c. Masajes.
 - d. Ejercicios de relajación.

⁵¹ Ibídem pág. 295

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

- El fin que persigue la aplicación de un medicamento puede ser preventivo, diagnóstico o terapéutico.⁵²
- Son prácticas que inducen el sueño, los baños tibios, ingestión de leche tibia, lectura tranquila, música suave, etc.⁵³
- Es medida de comodidad la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, acercamiento de artículos personales y de comunicación).⁵⁴
- La estimulación ambiental favorece la tranquilidad.

EVALUACIÓN.

Se deja a E. instalada en su unidad por lo que se evaluará al siguiente día.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Posibilidad de afección de la integridad de los tejidos R/C el puerperio.

OBJETIVO.

Se detectará en forma oportuna signos y síntomas de hipertensión arterial.

INTERVENCIONES.

- Monitorizar tensión arterial.
- Mencionar a E. datos de alarma.
- Pedir a E. que informe si tiene algún síntoma de alarma (zumbido de oídos, que vea lucecitas, dolor en la cabeza, mareo o nauseas).
- Realizar análisis de orina en tiras reactivas.
- Vigilar y valorar datos de aumento de edema.
- Registro oportuno de S.V. y anotaciones de enfermería.

⁵² Ibídem pág. 372

⁵³ Ídem pág. 299

⁵⁴ Ídem pág.299

- Informar a médico de guardia signos y síntomas anormales.
- Indicar que descanse en decúbito lateral izquierdo y en posición semifowler.
- Indicar disminuir el consumo de sal.

FUNDAMENTACIONES.

- El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.⁵⁵
- Los factores que producen variaciones de la presión arterial son edad, sexo, constitución corporal, dolor, emociones, estados patológicos, etc.⁵⁶
- La alteración de la Presión arterial es un factor de riesgo en los problemas cerebro vascular.
-
- La valoración y documentación de los signos vitales, es de utilidad para identificar variaciones y formular un diagnóstico y tratamiento oportuno.⁵⁷
- Las muestras son consideradas potencialmente infecciosas.
- El paciente hipertenso tiende a retener sodio y agua, lo que da lugar a un estado de saturación acuosa, que se manifiesta en forma de edema.⁵⁸
- La valoración correcta de los valores obtenidos contribuye a realizar un diagnóstico y tratamiento acertados.⁵⁹

EVALUACIÓN.

E. no presenta ni refiere signos y síntomas anormales de hipertensión.

⁵⁵ Ibídem pág. 179.

⁵⁶ Ibídem pág. 197.

⁵⁷ Ibídem pág. 197.

⁵⁸ *Enfermería Médico Quirúrgica*, Editorial Mosby 3ª edición volumen 1 pág. 812.

⁵⁹ ROSALES Barrera Susana, *Op. Cit.* pág. 197

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Probable alteración en la Irrigación de los tejidos R/C insuficiencia venosa periférica.

OBJETIVO.

E. Disminuirá el riesgo de trombosis venosa.

INTERVENCIONES.

- Inspeccionar miembros pélvicos.
- Pedir a E. que me manifiesta cualquier sensación de malestar en miembros inferiores.
- Detectar en forma oportuna “signos de Homans”.
- Colocar vendaje compresivo en miembros inferiores y pedir al familiar que compre unas medias de elásticas.
- Aumentar el consumo de agua para que la sangre no esté tan viscosa.
- Indicar que utilice el banco de altura cuando este sentada en la cama para que no cuelguen los pies.
- Elevar la piecera de la cama cuando este en reposo.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA

- Los signos de Homans son:
 - a. Dolor al palpar las pantorrilla.
 - b. Aumento de la temperatura y sensibilidad de la zona afectada.
 - c. Aumento del diámetro de la parte afectada.
 - d. Disminución del flujo sanguíneo en la extremidad afectada a la comparación de pulsos.⁶⁰
- El vendaje de miembros inferiores evita la estasis venosa y con ello previene el riesgo de trombosis venosa.

EVALUACIÓN.

No manifiesta ni se observan datos de trombosis venosa, se continúa vigilancia hasta su alta.

⁶⁰ *La mujer en el puerperio.* En línea: La-mujer-en-el-puerperio <http://www.scribd.com/doc/183613/>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Afección de la movilidad R/C la herida quirúrgica manifestado por gestos de dolor y referir dolor en herida quirúrgica.

OBJETIVO.

E. tendrá menos dolor en su herida quirúrgica.

INTERVENCIONES.

- Ministran los analgésicos prescritos (ketorolaco 10 mg. V.O.)
- Enseñar a moverse cuando se pare o se acueste en su unidad para disminuir el esfuerzo y el dolor
- Indicar que alterne periodos de reposo-ejercicio cuando haya disminuido el dolor.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

- La administración de medicamentos es una de las responsabilidades más importantes de la enfermera, por lo que se hace indispensable que la enfermera cuente con conocimientos de farmacología y recordar siempre las reglas de oro.⁶¹
- El uso de músculos largos, grandes y fuertes evitan lesiones musculoesqueléticas, en especial la columna vertebral.⁶²
- Estado mental o emocional del individuo, influye en su comportamiento.⁶³

EVALUACIÓN.

E. refiere menos dolor y se moviliza mejor al pararse y al acostarse.

⁶¹ ROSALES Barrera Susana. *Op. Cit.* Pág. 180.

⁶² *Ibidem* pág. 128.

⁶³ *Ibidem*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Posibilidad de infección R/C herida quirúrgica con presencia de hiperemia en periferia.

OBJETIVOS.

No presentará infección de la herida quirúrgica.

INTERVENCIONES.

- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente y antes de revisar herida quirúrgica.
- Detectar en forma oportuna datos de infección de la herida quirúrgica, como son: inflamación, hiperemia, salida de secreción fétida etc.
- Utilizar guantes al revisar la herida.
- Secar perfectamente la herida antes de colocar el vendaje compresivo previa expresión de la periferia de los puntos quirúrgicos.
- Oler secreciones excretadas de la herida y loquios.
- Informar al médico en forma oportuna cualquier alteración observada en la herida y loquios.
- Indicar baño diario.
- Monitorización de temperatura y frecuencia cardiaca.
- Manifestar a la paciente que informe si hay aumento de dolor en la herida, olor fétido de los loquios, que cambien de color, malestar general.
- Registrar datos en la hoja correspondiente de enfermería.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

- El agua corriente favorece la eliminación de microorganismos.⁶⁴
- La fiebre es un mecanismo de defensa en estados de inflamación o infección.⁶⁵
- La piel es la primera barrera de protección del organismo y ante la presencia de una herida se ha perdido la integridad de esta, por lo tanto se convierte en una

⁶⁴ Ibidem. Pág. 182

⁶⁵ Ibidem pág. 184.

entrada para los microorganismos patógenos, por ello se debe manipular con técnica aséptica.

- La humedad favorece el crecimiento bacteriano.⁶⁶
- El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios centrados en los problemas detectados de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud.⁶⁷

EVALUACIÓN.

Se observa herida sin cambios, se volverá a evaluar al egreso hospitalario.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Hidratación alterada R/C el bajo consumo de agua manifestado por piel seca y escasa lactopoyesis.

OBJETIVO.

E. mantendrá la piel hidratada y aumentará la producción de leche materna para disminuir su estrés.

INTERVENCIONES.

- Pedir a su familiar que le proporcione crema para lubricar la piel (lubriderm).
- Pedir a E. que aumente el consumo de agua para que se hidrate.
- Valorar las mamas.
- Proporcionar un folleto para realizar ejercicios para la lactancia.
- Instruir a E. sobre la técnica de higiene básica para realizar las extracciones (como el lavado de manos, baño diario etc.)
- Enseñar los ejercicios no comprendidos para realizar la estimulación láctea.
- Verificar la técnica de extracción.

⁶⁶ Ibídem pág. 485.

⁶⁷ Ibídem pág. 254

- Indicar que se realice estimulación en los senos cada 3 horas y realice las extracciones.
- Alentar para que descanse y se relaje antes de iniciar las extracciones.
- Valorar nuevamente la técnica de extracción láctea antes del alta a domicilio y pedir a dietistas del banco de leches que refuercen la información proporcionada.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA

- La valoración del estado de salud de la persona es primordial antes de realizar cualquier intervención.
- Los signos y síntomas que acompañan a la deshidratación son lengua y mucosas secas; sensación de sed; piel escamosa y seca y con falta de turgencia; globos oculares hundidos, pulso débil, oliguria, gasto urinario menor de 30 mL/h.⁶⁸
- Las prácticas higiénicas varían según las clases socioeconómicas existentes.⁶⁹
- El material impreso o audiovisual refuerza las instrucciones verbales.⁷⁰
- Una relación de ayuda es aquella en la que una persona facilita el desarrollo o crecimiento de la otra.⁷¹
- El estrés, el cansancio y la deshidratación influyen en la producción láctea.
- La leche materna está diseñada por naturaleza especialmente para el ser humano.

EVALUACIÓN

Elvia comprende y acepta las sugerencias otorgadas y realiza una extracción sin ayuda continuando con dificultad. Por lo que se le sugiere que es necesario que ella pase al banco de leches a su egreso para que le refuercen la información sobre la técnica.

⁶⁸ ROSALES Barrera Susana. *Cit.* Pág. 341

⁶⁹ *Ibidem* pág.300

⁷⁰ Argomedo, Luisa et.al. *Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna* pág. 30

⁷¹ ROSALES Barrera Susana. Reyes Gómez Eva. **FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA.** Ed. Manual moderno. México pág. 166

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Estreñimiento R/C el escaso consumo de alimentos con fibra y poco agua manifestado por evacuaciones compactas y dificultad para expulsarlas.

OBJETIVO.

E. evacuará por lo menos 1 vez al día durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES.

- Proporcionar laxante (milpar 10 ml. C/12hrs hasta su efecto)
- Pedir a la dietista que le proporcione una ración de salvado en la comida y que le explique y le proporcione un folleto de los grupos de alimentos ricos en fibra que deberá consumir en casa.
- Fomentar el consumo de alimentos con fibra.
- Fomentar el consumo de agua.
- Indicar que camine de 15 – 20 minutos posterior a los alimentos
- Se le sugiere establecer hábitos intestinales por lo menos 1 vez al día.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.⁷²

EVALUACIÓN.

E. presenta una evacuación escasa compacta antes de entregar el turno.

⁷² ROSALES Barrera Susana. *Op. Cit.* pág. 324.

PLAN DE ALTA

OBJETIVO

E. realizará actividades de auto cuidado en su domicilio para evitar complicaciones.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

SALUD EMOCIONAL

- Verificar que tenga sus interconsultas para que continúe su tratamiento psicológico.
- Manifestar a su esposo que la sigan motivando para que no abandone su tratamiento psicológico.

NUTRICIÓN

- Informarle que su dieta debe contener alimentos de todos los grupos y trate de evitar la ingesta excesiva de carbohidratos.
- Verificar que el personal de dietética le proporcione tríplico de alimentación balanceada con orientación sobre la misma.
- Que consuma más verduras, frutas y vegetales crudos, haciendo hincapié de que los alimentos deberán estar bien lavados para evitar complicaciones como por ejemplo la diarrea.
- Evitar el consumo excesivo de sal.
- Que evite el consumo de grasas saturadas.
- Que evite tomar refrescos y comida chatarra.
- Informarle que trate de ingerir sus alimentos a la misma hora.
- Que ingiriera agua aproximadamente 2 litros diarios.

BAÑO/HIGIENE

- Baño diario.
- Cambio diario de ropa.
- Cambios frecuentes de toalla sanitaria.

CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Enseñar al familiar a detectar oportunamente datos de infección de la herida quirúrgica.
- Informarle que continúe lavando y secando su herida como se le oriento cuando estaba hospitalizada.
- Enseñar al familiar a colocar correctamente el vendaje abdominal.
- Orientar sobre datos de alarma de la herida quirúrgica y los loquios.
- Orientarla para que regrese a retiro de puntos.
- Informarle que acuda a urgencias en caso necesario.
- Verificar que haya entendido medicamentos prescritos por el médico.

CUIDADO DE MAMAS Y PEZONES

- Animar a E. para que tome baños tibios y darse masaje en los senos para estimular la circulación, fomentar la “subida” de leche y reducir la congestión de los senos.
- Indicarle que use un sostén para lactancia se sentirá más cómoda con esta prenda (deberá ser de fibras naturales, con tiras anchas, de tamaño adecuado para brindar apoyo pero sin comprimir los pechos y no dificultar la respiración).
- Que utilice protectores en el sostén para que se mantengan secos los senos y no se manche la ropa, los que deberá cambiar con frecuencia para evitar que los pezones estén húmedos.
- Informarle que no es necesario lavar los pezones cada vez que se extraiga la leche ya que el jabón puede researlos y provocar laceraciones.

- Informarle que pase al banco de leches para reforzar la técnica de extracción y orientarla sobre como deberá traer la leche ya que su bebé se quedará hospitalizado.

EJERCICIO

- El ejercicio lo podrá realizar poco a poco conforme su cuerpo se lo vaya pidiendo en lo que cicatriza la herida.
- Informarle que camine diario posterior a los alimentos de 15 – 20 minutos.
- Dar tríptico sobre ejercicios a realizar para mejorar la circulación venosa.

ELIMINACIÓN

- Fomentar el consumo de líquidos.
- Fomentar alimentos con fibra abundante.
- Fomentar hábitos de excretas regulares.
- En caso necesario continuar con su laxante prescrito.

SEXUALIDAD

- Informarle que se recomienda no tener relaciones sexuales hasta después de la 6ª semana.

SUEÑO/REPOSO

- Orientarla sobre los tiempos de reposo y a organizar su tiempo.
- Animarla para que tome una siesta durante el día.
- Limitar las visitas y que otras personas realicen el aseo de la casa mientras ella se descansa.
- Mencionarle que es muy importante que continúe su tratamiento con un psicólogo.
- Sugerir que cuando este en casa escuche música relajante y que la familia respete sus horas de descanso que le corresponden.

FORMA DE USAR PRENDAS DE VESTIR

- Informarle que por seguridad utilice zapatos cómodos sin tacón alto.
- Enseñar a familiar a colocar correctamente el vendaje compresivo en la herida quirúrgica.
- Mencionarle que continúe utilizando sus medias de compresión.

INFORMAR SOBRE DATOS DE ALARMA POR LOS QUE DEBERA ACUDIR A URGENCIAS

- Fiebre de 38° C siempre y cuando los senos no estén turgentes.
- No ingerir medicamentos para bajar la fiebre.
- Salida purulenta de la herida o loquios que huelan mal.
- Sangrado igual o mayor a una menstruación.
- Dolor intenso en la herida quirúrgica y que no cede con el analgésico prescrito.
- Aumento de edema en cualquier parte de su cuerpo.
- Si siente que no puede respirar o que tenga palpitaciones fuertes.
- Dolor en el trayecto de las venas de sus piernas, si siente que hay zonas calientes o que tenga dolor al caminar.
- Dolor en la cabeza, zumbido de oídos, si ve lucecitas, mareo o vértigo.
- Nauseas o vómitos.
- Checar presión arterial por lo menos 1 vez al día en su Centro de Salud.

SUGERENCIAS

Actualmente el personal de enfermería se está profesionalizando, pero todavía queda mucho por realizar dentro del área hospitalaria. Es por ello que debemos esforzarnos para humanizar nuestra atención hacia el trato digno al paciente, ya que comúnmente tratamos a la enfermedad y no al paciente, al ser humano. En ocasiones actuamos como máquinas, como robots autómatas en las rutinas del hospital y dejamos de lado los sentimientos de las personas que están a nuestro cuidado.

Por tanto, tenemos que ver a los ojos (que son el espejo del alma), escuchar atentamente como habla o como se expresan las personas a nuestro cuidado e insistir a que ellos se expresen para lograr que nos abran su corazón, su ser que está en sufrimiento y que más de las veces como ya mencione anteriormente nos dejamos llevar por la rutina o porque hay exceso de trabajo, debemos darle un poco de nuestro tiempo si fuese necesario a un después de nuestra jornada laboral, es difícil pero se puede hacer.

Por lo anterior sugiero:

- A las compañeras que realizan su trabajo dentro del área de hospitalización que veamos el aspecto emocional y tratemos de ayudar a la persona a nuestro cuidado en forma humanizada para trascender en nuestra profesión que es la más bella de todas las profesiones.
- Tratar de concientizar al equipo multidisciplinario de salud y que también vean el aspecto emocional en la mujer puérpera, para que éstas no desarrollen patologías más graves.

CONCLUSIONES

El presente trabajo se desarrolló con el modelo de Virginia Henderson que son las 14 necesidades. Asimismo, se llevó a cabo el proceso de atención de enfermería que es sin duda alguna la herramienta básica de las enfermeras ya que nos permite simplificar los cuidados y jerarquizarlos según las necesidades de las personas con oportunidad y calidad.

No cabe duda que en ocasiones las expectativas de los padres no se cumplen en su totalidad, ya que algunas de las veces, desafortunadamente, el nacimiento de un bebé conlleva a la familia a sufrir, a tener una amarga experiencia y a padecer un gran “dolor en el alma” como lo refirió Elvia durante las entrevistas. No obstante, la función del personal de enfermería, en dichos casos no solamente se debe limitar a brindar la atención a la salud por la que acuden, sino también se procura ayudar a la familia a enfrentar sus miedos, orientándolos para buscar otras alternativas con el fin de lograr que se resuelva el duelo en el cual los integrantes de la familia están inmersos, además de escucharlos con empatía y con respeto.

Este proceso de enfermería sirvió a Elvia para que reconociera la etapa de duelo en la que se encontraba y salir del mismo y pensar la mejor manera de salir adelante con su vida junto a su familia, así mismo se evitaron complicaciones ocasionadas por el puerperio entre ellas el estado emocional, ya que la enfermedad de un hijo (a) se recibe como un shock que va seguido de un periodo de auto cuestionamiento por lo que se hizo, se pudo hacer o se dejó de hacer.

Por lo anterior este proceso de enfermería cumplió el 90% de los objetivos planeados ya que el estado emocional no se puede valorar en su totalidad, siendo difícil seguir a la persona en forma extra hospitalaria.

Independientemente de que el presente trabajo fue un “requisito” de titulación me dejó muchas satisfacciones, debido a que al realizarlo se tomó en cuenta un

aspecto más humano de la persona donde ambas nos enriquecimos y ayudamos mutuamente en una relación dialéctica. Por otra parte, surgió un interés creciente para continuar estudiando, ya que en el transcurrir de las conversaciones, me surgían nuevas dudas. Ejemplo de ello es que me fue difícil diferenciar hasta donde me correspondía escuchar y ser empática tanto con Elvia como con su familia en mi rol de enfermera y dónde inicia el trabajo de otros profesionales como los psicólogos.

ANEXOS

Puerperio

Según la norma oficial de Mexicana el puerperio comprende tres etapas: puerperio inmediato que comprende desde el alumbramiento de la placenta hasta las primeras 24 horas, el puerperio mediato comprende después del 2° - 7° día posterior al parto o cesárea, y el puerperio tardío 8° al 42° día.

Durante la etapa del puerperio una de las principales funciones de enfermería consiste en fomentar el reposo y bienestar de la madre, así como favorecer los vínculos afectivos con el recién nacido y evitar complicaciones como por ejemplo una infección puerperal. Es normal que en el post parto la mujer esté agotada por el esfuerzo por lo que se deberá de fomentar el descanso y la relajación sobre todo en situaciones de estrés.

Durante los primeros días que siguen al nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales, sin embargo las mujeres puérperas sufren relativamente pocas molestias relacionadas con dichos cambios.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un periodo de tiempo muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.

Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estadio de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.⁷³

- Cambios físicos.
 - Eliminación del agua.
 - Modificaciones en el aparato circulatorio.
 - Modificaciones a nivel hormonal.
 - Modificaciones en el abdomen.
 - Modificaciones en el aparato urinario.

⁷³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Puerperio>

- Modificaciones en la piel.
- Modificaciones en las defensas inmunitarias.
- Modificaciones anatómicas.

- Cambios locales.

- Modificaciones en el útero.
- Modificaciones en los ovarios.
- Modificaciones en la vagina.

- Cambios físicos.

La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado. Es un período en el que es común la constipación y hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. La vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan.

- Eliminación del agua.

Durante el embarazo se crea una acumulación de agua en los tejidos, que es eliminada durante las primeras semanas de puerperio. Aumenta la eliminación de orina y sudor: por este método se pierden cerca de dos litros y medio de agua.

La pérdida de agua, unida a la expulsión del contenido del útero, a la pérdida de sangre, a la involución del aparato reproductor y a la lactancia, determina una disminución de peso en la mujer de cerca del 12,5%.

- Modificaciones en el aparato circulatorio.

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza (bradicardia puerperal) y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio.

- Modificaciones a nivel hormonal.

La cantidad de hormonas de estrógenos vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la gonadotropina coriónica humana desaparece de la sangre y la orina después de 6 días.

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

- Modificaciones en el abdomen.

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva.

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales.⁷⁴

- Modificaciones en el aparato urinario.

En los primeros días de puerperio, los riñones son sometidos a un notable esfuerzo. La vejiga, que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan inflamación en la vejiga (3% de los casos).

- Modificaciones en la piel.

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales).

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y aparecer enseguida.

La temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38°C). Si la temperatura supera los 38°C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas.

- Modificación en las defensas inmunitarias.

⁷⁴<http://es.wikipedia.org/wiki/Puerperio>

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto.

- Modificaciones anatómicas.

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto. La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes.

- Fenómenos locales.

Los genitales vuelven a un nivel primitivo, el que tenían antes del principio del embarazo.

- Modificaciones en el útero.

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño unas 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días.

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles:

Como son:

- El peritoneo se dispone en pliegues que, sucesivamente, desaparecen;
- La musculatura se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales.
- También el tejido conectivo vuelve a la normalidad.

Los productos de la destrucción de las fibras musculares se eliminan con la orina, que aumenta su contenido en nitrógeno. La separación de la placenta y las membranas ovulares crea en la cavidad uterina una gran llaga. La cavidad también contiene coágulos de sangre y fragmentos de decidua, que serán eliminados en 2-3 días.

Los productos eliminados durante el puerperio se llaman loquios. En los primeros tres días, los loquios están constituidos por sangre y vernix caseosa (loquios

sanguíneos o rojos). En el cuarto y en el quinto día la cavidad del útero es invadida por gérmenes, que determinan un aflujo de leucocitos. En este período los loquios están constituidos por glóbulos blancos y gérmenes (loquios suero-sanguíneos). A finales de la primera semana, la cavidad uterina aparece limpiada por el material necrótico, se inicia así la regeneración del endometrio y los loquios adquieren un aspecto opalescente (loquios serosos). La regeneración se extiende gradualmente. Los loquios disminuyen de intensidad, adquiriendo una textura más densa y un color blanquecino-amarillento (loquios blancos) y desaparecen a la tercera semana de puerperio.⁷⁵

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales.

- **Modificaciones en los ovarios.**

El cuerpo lúteo gravídico en los ovarios desaparece. El sistema hormonal vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación.

El período de reanudación de la ovulación y, consecuentemente, de la menstruación, varía notablemente:

- En la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos)
- En la mujer que amamanta, experimenta un retraso (amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la lactancia; raras veces también puede durar más allá del destete, a causa de una hiperinvolución del útero.
- Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas que pueden aparecer durante el puerperio, más frecuentes en multíparas o cuando se ha empleado oxitocina. Suelen estar en relación con la liberación de oxitocina por el estímulo al succionar el pezón.

- **Modificaciones en la vagina.**

La vagina retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la mucosa disminuyen: las paredes vaginales son más lisas.

- **Fenómenos patológicos del puerperio.**

Pueden considerarse fenómenos patológicos del puerperio infecciones que se pueden manifestar localmente o en las mamas. Otro carácter patológico posible

⁷⁵ Ibídem

son las hemorragias, que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Para no tener una excesiva pérdida de ésta, en esta fase es fundamental que el útero esté bien contraído; de este modo los vasos presentes en la zona de inserción placentaria se "comprimen" y se evita, de ésta manera, el derrame de sangre. Después de las primeras dos horas del parto vuelven los mecanismos normales de coagulación que determinan la formación de fibrina en la zona de inserción placentaria, y por este motivo las hemorragias son más raras.

Ciertas patologías afectan al útero, que van ligadas a una atonía muscular o a la inversión completa y localización del útero, y pueden ir acompañadas de derrames totales o parciales de líquido; también son posibles las laceraciones del mismo órgano.

Otros problemas ligados al puerperio son la flebitis, la septicemia, la infección vulvo-vaginal, etcétera.

Consecuentes al parto, se pueden dar embolias gaseosas o embolias de trombos, que causan asistolia aguda o edema pulmonar.⁷⁶

- Cambios psicológicos.

Actualmente los avances recientes de la asistencia de la salud han reducido la morbimortalidad en comparación a décadas pasadas, pero no puede garantizarse un puerperio sin problemas, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno son esenciales para el bienestar de la paciente puérpera y su familia, el personal de salud deberá valorar si las mujeres que está a nuestro cuidado traen ya un riesgo que puede provocar alteraciones irreversibles en ellas y tratar de resolverlas lo más pronto posible como lo es por ejemplo un duelo.

⁷⁶ Ibídem

APOYO PSICOLÓGICO SOBRE EL DUELO.

¿Qué pasa con la embarazada que recibe la noticia de que su hijo presenta malformación? La psicóloga Aline Frutoso, quien forma parte del equipo de profesionales de un hospital porteño, confirma que el impacto es grande.

“Cuando una mujer sabe que está embarazada, se produce una gestación psíquica, que provoca cambios en la vida mental y emocional. Ello, porque esta noticia promueve deseos, fantasías, temores y anhelos, que se entrelazan con la gestación. Por esta razón, cuando se entera de la malformación de su bebé, se produce un shock, pues siente que pierde a ese hijo perfecto. Es un verdadero duelo”, explica la psicóloga.

Agrega que después se produce un sentimiento de culpa, aparece la rabia, la pena y la pregunta de por qué se vive esta situación. Se produce un desequilibrio emocional en la madre y en la familia en general. A pesar de ello, la reacción es distinta entre una mujer y otra, y ésta dependerá del diagnóstico, el significado de este niño para ella y del apoyo que reciba, entre otros factores.

“El tratamiento psicológico busca que la madre inicie la elaboración del duelo y desarrolle la re significación de la maternidad. Esto se traduce en que debe asumir la realidad y reestructurar su actitud hacia lo que viene”, comenta la psicóloga, quien advierte que en este proceso, el apoyo de la pareja y la familia es fundamental.⁷⁷

Etapas del Duelo descritas por la Dra. E. Kubler Ross.

1) Negación y aislamiento: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria, y pronto será sustituida por una aceptación parcial: “no podemos mirar al sol todo el tiempo”.

2) Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

3) Pacto: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

⁷⁷ Franque, Marcia, “Una noticia que nadie quiere” en *El mercurio de Valparaíso* Chile, 27 de junio de 2008 año?, número ? En Línea: http://www.mercuriovalpo.cl/prontus4_noticias/site/artic/20080627/pags/20080627213818.html

4) Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

5) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.⁷⁸

El duelo en los padres.

Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo enfermo o con discapacidad siguiendo las fases similares a las que describió Kubler-Ross en los enfermos terminales: "shock", negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. La muerte de un niño puede ser una experiencia emocional más intensa que la de un adulto. Los sentimientos parentales de culpa y de desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera no supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de

⁷⁸ De la fuente, Alicia. Duelos. En línea: http://www.aliciadelafuente.com.ar/at_duelos.php

las esperanzas, deseo y expectativas que se habían puesto en la nueva generación. Las manifestaciones del duelo pueden muy bien perdurar para toda la vida.

La muerte repentina suele ser más traumática que la muerte prolongada, porque cuando la muerte es inminente puede iniciarse el duelo anticipatorio. El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar la desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad mortal del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo o que tienen un hijo con malformaciones terminan en divorcio.

Hasta hace poco se infravaloraba en los casos de muerte perinatal, el valor de los lazos que se establecen entre el feto y el neonato y sus futuros o recientes padres. En la actualidad se considera que la pérdida perinatal es un importante trauma para ambos padres.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO

La hipertensión en el embarazo, es un conjunto de enfermedades de etiología variada que representa la complicación médica más frecuente de la gestación.

La enfermedad hipertensiva asociada al embarazo es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna fetal.

En diversas publicaciones internacionales la incidencia oscila entre un 15% a 10% del total de los embarazos. En una revisión en la unidad de cuidados intensivos adultos del Instituto Nacional de Perinatología (UCIA), fue la principal causa de ingresos a ese servicio (64.5% del total de ingresos a UCIA), además de que se observó un aumento significativo de los casos de preeclampsia severa durante los 5 años que incluyó la revisión.

Manejo hospitalario.

Los objetivos básicos del manejo de cualquier embarazo complicado por preeclampsia son:

1. Terminación del embarazo con el menor traumatismo posible de la madre y el feto.
2. Nacimiento de un lactante que más tarde crece adecuadamente.
3. Restablecimiento completo de la salud de la madre.

En ciertos casos de preeclampsia, sobre todo en las mujeres de término o cerca de él, los tres objetivos son cumplidos igualmente bien con la inducción del trabajo de parto. Por lo tanto, la información más importante que tiene el obstetra para el manejo del embarazo y especialmente de un embarazo que se ve complicado por hipertensión, es el conocimiento preciso de la edad del feto.

Resulta benéfico reducir la actividad física durante gran parte del día. No es necesario el reposo absoluto en cama, y no se prescriben sedantes ni tranquilizantes. La alimentación debe incluir abundantes proteínas y calorías, aunque no en exceso. No se debe limitar ni forzar los ingresos de sodio y líquidos.

En el siguiente cuadro se muestra la clasificación que adopta el INPer de los trastornos hipertensivos que complican el embarazo.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

TA \geq 140/90 mm Hg por primera vez durante el embarazo.

Sin proteinuria.

Retorno de la TA a la normalidad <12 semanas después del parto.

Puede tener otros signos de preeclampsia, por ejemplo, malestar epigástrico o trombocitopenia.

PREECLAMPSIA

Criterios mínimos:

TA \geq 140/90 mm Hg después de 20 semanas de gestación.

Proteinuria \geq 300mg/24 horas o \geq 1 + por tira reactiva.

Mayor certeza de preeclampsia:

TA \geq 160/100 mm Hg.

Proteinuria 2,0 g/24 horas o \geq 2+ por tira reactiva.

Creatininemia > 1,2 mg/dl a menos que se sepa que estaba previamente elevada.

Plaquetas < 10.000/mm³

Hemólisis microangiopática (LDH elevada).

ALT o ASL elevada.

Cefalea persistente u otro trastorno cerebral o visual.

Dolor epigástrico persistente.

ECLAMPSIA

Convulsiones que no pueden ser atribuidas a otras causas en una mujer con preeclampsia

PREECLAMPSIA SUPERPUESTA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Proteinuria de inicio reciente \geq 300 mg/24 horas en mujeres hipertensas pero sin proteinuria antes de las 20 semanas de gestación.

Aumento súbito en la proteinuria o la presión arterial o el recuento de plaquetas < 100.000/mm³ en mujeres con hipertensión y proteinuria antes de las 20 semanas de gestación

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

TA \geq 140/90 mm Hg antes del embarazo o diagnosticada antes de 20 semanas de gestación o Hipertensión diagnosticada por primera vez después de 20 semanas de gestación y persistente después de 12 semanas de puerperio.

ALT = alamina aminotransferasa; AST = aspartato aminotransferasa; TA = presión arterial; LDH= lactato deshidrogenada.

Adaptado del Nacional High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy (2000).

FUENTES CONSULTADAS

ALFARO-LEFEVRE, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España.

ARDOUIN, Javier, Bustos, Claudio y Jarpa Mauricio (1998) *La jerarquía de las necesidades, según A. Maslow*. En línea: www.apsique.com/wiki/PersMasjn

ARGOMEDO, Luisa, Bribiesca Federico, Espinosa Alejandra, Et. al.. *Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna. Asociación Mexicana para el apoyo y fomento a la lactancia humana (MEXLAH)/Confederación Nacional de pediatría en México (CONAPEME) año?*

BRUNER/SUDARTH, *Manual de enfermería*, 4ta Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill México 1998.

CAPERITO, Lynda Juall, *Planes de cuidados y documentación de enfermería*, 1ª Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill de España 1994.

CÁRDENAS Conejeros, Carolina. Descubriendo la responsabilidad social universitaria en estudiantes de la enfermería, Universidad Austral de Chile, segundo semestre académico, 2006. En línea:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmc266d/doc/fmc266d.pdf>

DUEÑAS Fuentes, José R. *Enfermeras Teóricas*. En línea:
http://www.terra.es/personal/duenas/home_.htm

Enfermería Medico Quirúrgica, Editorial Mosby 3ª edición volumen 1

Expediente Clínico de la paciente.

FRANQUE, Marcia. *Cambios psicológicos. Una sorpresa que nadie quiere*
http://www.mercuriovalpo.cl/prontus4_noticias/antialone.html?page=http://w

FUENTE de la, Alicia. *Duelos*. En línea:
http://www.aliciadelafuente.com.ar/at_duelos.php

GARAY Cunningham F.. Norman F. Gant. Kenneth, et.al. *Williams Obstetrician*, 21ª Edición. Editorial Medical Pan-American.

GARCÍA, Crespo Gemma Isabel. *Comprender el "duelo"*. En línea:
http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art57002

JIMÉNEZ-Castro, Ana Bertha, Salinas-Durán, María Teresa, Sánchez Estrada, Teresa. *Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson*, Instituto Mexicano del Seguro Social. En línea:
http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/60ABE43C-1330-40E1-BA8E-0B9B01DA9A19/0/2_6163.pdf

KIBI/WIECK/DYER "Manual ilustrado de técnicas de Enfermería" 3ª Ed. Interamericana, 1994.

La mujer en el puerperio. En línea: <http://www.scribd.com/doc/183613/>

MARRINER. T.A. Raile, A.M. "Enfermeras teóricas. Virginia Henderson" en *Modelos y Teorías en Enfermería*, 4ª Edición. Editorial Harcourt Brance, Abril, 1999. Pág. 1-3. En línea: <http://www.teleline.terra.es>

MCCLOSKEY Joanne et. al., *Clasificación de intervenciones de enfermería*, (CIE), Ed. Mosby, 3ª Edición Madrid, España

Manual de la enfermería, Ed. Océano/ Centrum, Barcelona, España, 1988

MENDOZA C. Catalina et. al. *Antología obstetricia*_ UNAM-ENEO 3ª Edición 2004, 3ª Reimpresión 2007.

Norma Oficial Mexicana de salud reproductiva y materno-infantil:
<http://www.respyn.uanl.mx/ii/4/contexto/nom007.html>

Revista de Perinatología, Vol. 18 N° 1 enero-marzo 2003.

REYES B., Isidora. *Definición de enfermería*. Universidad de Carabobo - Área de Estudios de Post-Grado. En línea: <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>

ROSALES Barrera Susana. Reyes Gómez Eva. *Fundamentos de Enfermería*, Ed. Manual moderno. México.

Wikipedia:

-Conocimiento. <http://es.wikipedia.org/wiki/>. En línea:

-Sentimiento. En línea: <http://es.wikipedia.org/wiki/>.

-Puerperio. <http://es.wikipedia.org/wiki/>

ZUERAS Beltrán, Pilar. *Historia de la Enfermería*, Universidad Panamericana. En línea: <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>.