



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A
UNA ADOLESCENTE EN ESTADO DE PUERPERIO CON
ALTERACIÓN METABÓLICA BASADO EN LA TEORÍA DE
VIRGINIA HENDERSON.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MAYORAL MÉNDEZ YOLANDA

NUMERO DE CUENTA: 08550443-7.

DIRECTORA DE TRABAJO:

MTRA: SOTOMAYOR SANCHEZ SANDRA.



MÉXICO DF.

MARZO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

En primer lugar doy gracias a Dios por permitirme, llegar a este momento acompañada de muchos regalos envueltos en piel y que siempre han estado conmigo, mis hijos Diego, Brenda, mi esposo Gerardo, mi madre, mis hermanos, mis sobrinos Osmar, Diana, Julio, Perla y toda mi familia a quien día a día quizás e descuidado.

Pibe:

Gracias pibe, porque el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que sea quien es, gracias por estar junto a mi siempre apoyándome.

Diego y Brenda:

Deseo ser fuente de inspiración para que Ustedes con mi ejemplo, sean mejores cada día como seres humanos y algún día como profesionales. Gracias por existir, Ohana.

Mtra. Sandra:

Agradezco sus enseñanzas, paciencia y sobre todo el compartir sus experiencias, durante todo el acompañamiento de este proceso, hoy maestra quiero agradecerle no solo el apoyo académico, sino el gran valor que como ser humano Usted profesora, gracias

A todos y cada uno de Ustedes mil gracias.....

INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Justificación.....	4
3.- Objetivos.....	5
3.1 Objetivo General.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
4.- Metodología.....	6
5.- Marco Teórico.....	7
5.1. Evolución histórica de la enfermería.....	7
5.2. El cuidado como objeto de estudio.....	20
5.3. Teoría de enfermería.....	27
6.- Teoría de Virginia Henderson.....	34
6.1. Conceptos y subconceptos básicos del modelo de V. Henderson.	34
7.- Proceso de Atención de Enfermería.....	38
7.1. Antecedentes del Proceso de Atención de enfermería.....	38
7.2. La enseñanza del proceso de enfermería.....	39
7.3. Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.....	42
7.4. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	43
8.- Características del adolescente.....	50
8.1. Desarrollo psicológico.....	50
8.2. Cambios físicos.....	52
8.3. Maduración sexual.....	53
8.4. Atención del adolescente.....	55
8.5. Muerte materna en adolescente.....	61

9.- Diabetes Mellitus.....	61
9.1. Factores de riesgo.....	62
10.- Puerperio.....	64
10.1. Cambios fisiológicos en el puerperio.....	64
10.2. Vigilancia clínica en el puerperio.....	66
11.- Proceso de Atención de Enfermería.....	71
11.1. Valoración de enfermería.....	71
11.2. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	74
11.3. Desarrollo del Proceso de Enfermería.....	77
12.- Plan de Alta.....	101
13.- Conclusiones y sugerencias.....	109
14.- Bibliografía.....	111
15.- Anexos (Instrumentos de valoración).....	114

I. INTRODUCCION

El proceso atención de enfermería es la herramienta metodológica, que permite a las enfermeras dar cuidados de una forma racional, lógica, sistemática e individualizada a la persona que no puede satisfacer sus necesidades, esto exige al profesional de enfermería, conocer un método de valoración que evalúe las 14 necesidades fundamentales como el modelo conceptual de Virginia Henderson, que responda a las necesidades de salud que demanda la población que solicita atención, considerando que una profesión existe, persiste y subsiste a partir de una demanda social. Por lo que enfermería debe contar con herramientas, metodológicas técnicas y éticas que favorezcan el desarrollo de habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, integrantes del equipo de salud, logrando que la persona, se integre a su núcleo familiar de manera oportuna, independiente de su auto cuidado.

El modelo conceptual de las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson, es una teoría que permite a las enfermeras prestar cuidados a todas aquellas personas que por falta de fuerza, falta de voluntad o por falta de conocimientos no pueden satisfacer sus necesidades propiciando dependencia total o parcial. Este modelo conceptual de Virginia Henderson, orienta y da sentido a la práctica profesional de enfermería, ya que permite ubicar a la persona en una interacción constante en sus esferas:, biológica, psicológica, social y espiritual. Considerando a la persona, sujeto del cuidado, como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural, y espiritual, un todo integral indisoluble, mayor que la suma de sus partes y diferentes a estas, que tiene manera de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que están en una relación mutua y simultanea con el entorno.

“La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilos de vida: que reflejan valores, creencias, y consigo misma, persona con sus propios

valores, las creencias y las practicas en torno a su salud que han permitido su supervivencia.” (Cárdenas, 2000, p.67)

En el momento en que se busca la mejora de la calidad de la asistencia en salud, es importante replantear el papel de la enfermera en la práctica profesional, partiendo de su identidad profesional, quien tiene un gran potencial para contribuir con la sociedad, a través de una filosofía de cuidado humanista, que mejore las condiciones de vida y salud de la persona.

Sin embargo esta interacción entre la persona y la enfermera durante el ejercicio profesional ha atravesado por un proceso evolutivo histórico educativo, en donde la historia debe concebirse como una herramienta para el cambio.

A través de esta evolución histórica enfermería ha construido un cuerpo propio de conocimientos. Con el paso de los años fue capaz de observar los hechos significativos de su actividad, los verifico buscando niveles de objetividad. Todos estos pasos configuran una metodología y hacen de la investigación un elemento importante para el desarrollo del conocimiento y de la práctica de enfermería. Es en estos momentos cuando se configura el proceso de atención de enfermería (PAE), como la metodología propia de cuidado para las enfermeras.

La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más se desarrollan los sistemas de salud, se vuelven complejos y costosos, generando la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería con una visión integradora hacia el cuidado, orientado en 2 direcciones, la práctica profesional y la formación de recursos humanos. Basando su práctica profesional en principios científicos, humanístico, tecnológico y ético.

Existen muchas definiciones de Proceso de Atención de Enfermería, sin embargo (Rodriguez,2006.p.p 31), menciona, “con la aplicación del proceso enfermero se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional, realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica”, es el instrumento básico del trabajo de enfermero, que permite actuar con método adaptándonos a cada persona (entendido como individuo o como grupo), generando una información básica para la investigación de enfermería.

Dada la importancia del Proceso de enfermería para la profesionalización del cuidado, se presenta el desarrollo y aplicación de un Proceso de Enfermería aplicado a una adolescente puérpera con alteración metabólica en el servicio de gineco-obstetricia, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Dicho proceso es desarrollado a partir de una justificación, planteamiento de objetivos, un marco teórico, el cual está integrado por aspectos conceptuales en torno al proceso y a la teoría en la cual fue apoyado según (Virginia Henderson), así como el desarrollo propio de sus etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación, presentando una conclusión al desarrollo del proceso, así como bibliografía y anexos.

II. JUSTIFICACION

El Proceso de Enfermería como método de cuidado y como instrumento ineludible en la práctica profesional, basado en un modelo teórico conceptual, se constituye en una herramienta que organiza toda la información recopilada y establece líneas de acción, al mismo tiempo, permite interactuar con la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social.

Por tal motivo el profesional de enfermería reflexiona sobre el cuidado y la relación de ayuda al individuo, familia o comunidad, le permite intervenir en prevención de riesgos detectando oportunamente los factores de riesgos que son modificables al 100% por la persona, logrando mejorar la respuesta a sus problemas reales y potenciales, a través de brindar una atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas, disminuyendo de esta forma los altos porcentajes de mortalidad materna y perinatal. Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería, siendo un proceso que nos identifica y su aplicación permite al profesional de enfermería valorar de manera personalizada las necesidades alteradas de la persona, jerarquizando necesidades para planear las intervenciones, evaluando resultados, pero al mismo tiempo integrando a la persona para tomar parte activa en su auto cuidado. El Proceso de atención genera autonomía y liderazgo; permitiendo al profesional de enfermería reconocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propiciando así el crecimiento profesional de la disciplina.

Elaborar el proceso de atención de enfermería es una modalidad de titulación, esta metodología permite al estudiante de la Licenciatura en Enfermería sistema SUA, evaluar la atención que se brinda a la paciente desde el control prenatal hasta el puerperio, jerarquizando de manera oportuna y científica las intervenciones de enfermería a la paciente durante el progreso de este proceso de recuperación, haciendo énfasis en prevenir y limitar complicaciones.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

Aplicar un proceso de enfermería a una persona adolescente en estado de puerperio con alteración metabólica, basado en la teoría de Virginia Henderson. Con la finalidad de otorgar cuidados holísticos y de calidad tendientes a la satisfacción e independencia de sus necesidades.

3.2. Objetivos específicos.

- Aplicar un instrumento de valoración con base a las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales.
- Con base a los diagnósticos elaborados, identificar los problemas reales y potenciales.
- Planificar y ejecutar los cuidados de enfermería en un plan de atención, jerarquizando las intervenciones de enfermería
- Realizar acciones dirigidas a educación para la salud y que favorezcan el auto cuidado y la independencia de la persona.
- Brindar atención de calidad basada en un enfoque humanístico y ético que garantice la calidad de atención.

IV. METODOLOGÍA.

La metodología se enfoca principalmente en la realización del Proceso de Atención de Enfermería, en forma organizada y sistematizada, la cual, es una herramienta que se utiliza para guiar los cuidados estandarizados con empleo de un razonamiento crítico, el cual se dirige a las necesidades individuales de la persona. El presente trabajo se realizó en un hospital de segundo nivel, de alta especialidad perteneciente a la Secretaria de Salud, siendo el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, desarrollado el proceso de enfermería, a una paciente adolescente que se encuentra en puerperio mediato, con alteración metabólica en el servicio de Gineco obstetricia, durante un periodo 3 días.

Para realizar el presente proceso se utilizó el instrumento de valoración, basado en las necesidades humanas de Virginia Henderson. La aplicación del Instrumento de valoración, a través de entrevista directa, nos permite integrar dos partes: una valoración subjetiva, en la cual se obtienen antecedentes personales y una valoración objetiva: en donde apoyados de la exploración física (observación, auscultación, palpación y percusión), permitió integrar la información y determinar un adecuado conocimiento clínico de la persona.

Las fuentes indirectas que se utilizaron en el presente proceso fueron el expediente clínico y la bibliografía.

Se llevo a cabo el análisis respectivo de la información obtenida, identificando problemas reales y potenciales, que alteraban las necesidades de la persona, elaborando así, los diagnósticos de enfermería.

Se planificaron lo cuidados de enfermería mediante la elaboración de objetivos, jerarquizando necesidades, y considerando las prioridades según el Modelo de Virginia Henderson y realizando las intervenciones de enfermería.

Se evaluaron cada una de las intervenciones de enfermería y la eficacia del plan de cuidados, es así como se realizo el Proceso de Atención de Enfermería.

V. MARCO TEORICO.

5.1 Evolución histórica de la profesión de enfermería

A través del tiempo la enfermería ha evolucionado en un contexto histórico, predominando a lo largo de todos los años el cuidado de una persona enferma por otra. Esta tarea siempre se ha asociado con la mujer, convirtiéndose en una práctica social, la cual en la actualidad es una disciplina científica, que se enfrenta a un rol cambiante en busca de su propia identidad. La finalidad central de esta disciplina es contribuir al logro de un nivel mayor de salud y bienestar social en un mundo que clama por satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales. La enfermería al igual que toda profesión debe trazar sus metas de desarrollo, que den respuesta a las demandas sociales en materia de salud, individual, familiar, grupal y comunitaria. Existen en la actualidad factores que limitan la proyección del profesional de enfermería, manteniendo en la práctica profesional una actitud de subordinación y sumisión ante otras disciplinas, siendo más evidente esta actitud frente al médico, creando dependencia de manera directa, reflejada con actitud de sumisión, a pesar de la evolución histórica por la que enfermería a transcurrido, esta dependencia limita al profesional de enfermería a realizar actividades terapéuticas, basadas en las indicaciones medicas, dejando erróneamente en segundo plano, los cuidados de enfermería, los cuidados de vida, a la persona sana o enferma, limitando la autonomía y el campo de acción de la profesión, en consecuencia limitando la independencia de la persona que requiere cuidados de enfermería. Campo fértil, semillero y generador de conocimiento, que permite al profesional de enfermería, desarrollar estrategias para mejorar, bajo evidencia el cuidado que brinda a la persona enferma. Sin embargo en este momento se considera a la enfermería como una *profesión disciplinar* del cuidado a la persona, ya que como profesión posee la característica de integrar el aspecto *técnico en el hacer* y el aspecto *ciencia en el ser, logrando que durante el ejercicio profesional, se brinde cuidado sin perder de vista el hacer – ser*, este ejercicio profesional permite a la profesión de enfermería tener

una identidad propia, conociendo la dirección en que debe dirigir el cuidado y sobre todo permite defender el cuidado que brinda. El impacto que genera al profesional de enfermería tener una identidad profesional dentro de un ambiente Institucional, determina el crecimiento como disciplina, al ser generadora de conocimientos y realizar en la persona actividades independientes que generen cuidados de vida mejorando el bienestar de la persona, plantear estrategias de cambio que mejoren el cuidado; interactuando con ella, logrando que la persona desarrolle todo el potencial de sus capacidades en su auto cuidado, con el objetivo de mantener y preservar la vida, logrando de esta manera un bienestar mutuo.

Si la enfermería es una profesión que tiene que ver con un proceso histórico – social y cultural, en el cual la historia debe concebirse como una herramienta para el cambio durante la práctica profesional, esta evolución histórica, es una oportunidad para proyectar una filosofía del cuidado humanístico, basado en la ética y humanística. En el caso de enfermería el modelo del cambio requiere de un análisis retrospectivo, que brinde un diagnóstico situacional histórico-social, como paso previo para realizar una propuesta que considere dos aspectos importantes: la práctica de la enfermería y la formación de recursos humanos en donde la enseñanza tradicional nos orienta en dos direcciones en la teoría y la práctica, teniendo la necesidad de integrar un lenguaje universal en los discursos de enfermería con el objetivo de formar un pensamiento crítico y reflexivo, durante el cuidado enfermero que brinda a la persona, siendo un compromiso para el personal profesional de enfermería de las Instituciones de salud, en donde se aplicara este conocimiento a las personas que ingresan. El campo de acción de la enfermería es inmenso debido a la filosofía de Colliere: “Una persona puede vivir sin tratamiento, pero una persona no puede vivir sin cuidados”. (Colliere, 1993, p.320)

“En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. En

Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner, en esta escuela, se estudia, la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres en el cual se transforma la concepción de la enfermería en Europa, estableciendo las bases de carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización”.

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.

Conceptualización de la enfermería como profesión y como disciplina.

La disciplina se caracteriza por tener una perspectiva única y una manera distinta de ver todos los fenómenos lo que finalmente define sus límites, al mismo tiempo

sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser, tiene una base de conocimientos distintos a otras disciplinas, estas emergen de una necesidad de la sociedad y son a su vez el resultado de un pensamiento creativo, relacionado con hechos significativos. La enfermería se relaciona con otras disciplinas, aunque tiene un cuerpo de conocimientos propio, utiliza el conocimiento de otras disciplinas con el propósito de mejorar las condiciones de entrega de su propia disciplina. La enfermería nace debido a las necesidades y demandas sociales y no surge por sí misma, sino por el resultado de otras disciplinas (Donalson y Crowley 1978), sin embargo a enfocado su objeto de estudio por su interés ferviente por el cuidado que se brinda a favor de la salud de las personas. (Teorías y Modelos de Enfermería, 2006, p. 55)

Enfermería como Disciplina.

Enfermería es una disciplina porque se compone de fundamentos filosóficos, históricos, éticos, posee un cuerpo propio de conocimientos y teorías, que derivan de una manera muy particular al entender el fenómeno salud de los seres humanos, en relación con su ambiente, es decir, una visión holística del ser. Para que enfermería pueda consolidarse como una disciplina debe seguir fortaleciendo el cuerpo de conocimientos y teorías en las que basa su quehacer y de este modo lograr hacer de su práctica, algo con más sentido humanístico. “su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos del respecto a la vida y a la equidad de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multiprofesional y un equipo con visión totalizadora del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental”

La enfermería como profesión.

Un concepto de Enfermería que más se acerca a la profesión en la actualidad: Es la “ciencia” (Leddy, 1989) y “el arte” (Iyer, 1997) de proporcionar cuidados predicción, prevención y tratamiento (Alfaro 1999) de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales ó problemas de salud reales o

potenciales (Luis, 1998); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Según *Colliere*, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para

enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Aunque muchos autores se refieran a las mujeres cuidadoras en las diferentes etapas de evolución del cuidado como enfermeras, las autoras del presente artículo no comparten esta postura, y consideran que la enfermería nace como tal en la época de Florence Nightingale. Desde esta época inicial de enfermería, han acontecido hechos que han determinado la consideración social de enfermería como una profesión más. (Colliere, 1993, p.297).

A esta altura las autoras consideran pertinente realizar un análisis de enfermería como profesión, basado en lo señalado por *Ellis y Hartley* (1997), quienes propusieron siete características de las profesiones.

1. *Respecto a tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.* Algunos autores cuestionaban hace algunos años si enfermería poseía un conjunto de conocimientos propios. Si bien es cierto, enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado con base a éstos, establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer. Hacia 1950 se había generalizado la idea de establecer un cuerpo de conocimientos y el desarrollo de una base científica de enfermería, así en 1952 *Peplau* desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente *Orlando* en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continúa la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgió de este modo varias teorías y modelos conceptuales, de diversos autores tales como; *King, Roy, Rogers, King, Orem y Newman*, entre otros.

2. *Respecto a la utilización del método científico.* El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Primeramente Hall en 1955 identifica a la enfermería como a un proceso dirigido a cuidar a las personas. En la siguiente década Orlando propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería, otras autoras como Windenbach definen el propósito de este método. En 1966 Knowles explicita las etapas del proceso, las que fueron definidas finalmente por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del proceso de enfermería tal como actualmente conocemos; valoración, planificación, ejecución y evaluación.

3. *Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.* Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada *Nightingale Training School for Nurses*, unida al St. Thomas Hospital. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras. Los contenidos teóricos eran dictados por médicos y la formación práctica estaba a cargo de una enfermera entrenada. Esta formación de enfermeras sirvió posteriormente de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos aproximadamente el año 1873, y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales. Posteriormente surgió la tendencia de establecer hospitales universitarios, convirtiendo las escuelas de enfermería en parte del sistema universitario general. Sin embargo continúa la formación de enfermeras en hospitales y en escuelas superiores públicas, lo que contravino las intenciones de convertir la formación profesional en universitaria.

4. *Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.* La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer.

La marcada dependencia médica desde los inicios de la profesión, desde la era Nightingale, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras. Dicha formación poseía una marcada dependencia del médico sobre la atención de salud, y la enfermera debía limitarse a cumplir sus órdenes. Esta situación se evidenciaba en el quehacer en la falta de autonomía de la enfermera, que veía limitado su actuar a las indicaciones médicas. Esto se comienza a superar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer y fundamenten la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad. En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, y cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable. La autonomía y su asociada responsabilidad se evidencian en la legislación de los países que regula el quehacer profesional.

5. *Desarrollar un código de ética profesional.* El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la *Asociación Nursing American (ANA)* en 1950.

6. *Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.* Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del

profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial.

7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos. El CIE en una declaración revisada el 2007, establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos. Enfermería ciencia y arte del cuidado, (Revista Cubana Enfermería 2006; Reflexión y debate. 24 octubre 2009 21:00).

Se puede establecer a la luz de los antecedentes expuestos, que enfermería es una profesión joven, cuyas primeras bases se establecen con Florence Nightingale. Esta enfermera reconocida como la "Señora de la lámpara", consciente de la necesidad de impartir una formación adecuada, estableció un sistema de enseñanza que instauró en esa época a la enfermería como profesión emergente. Hoy con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer se fundamentan las bases de la profesión, y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como su objeto central de estudio que es el cuidado del individuo o comunidad.

Durante mucho tiempo la atención de las personas estuvo asociada con una actividad de altruismo mal entendida. Esto se vincula con los primeros cuidados que se otorgaban en forma gratuita, luego como una expresión de caridad y salvación del alma en la era cristiana, posteriormente una forma de pago a una falta en la vida en sociedad, posteriormente muchas enfermeras iniciaron su formación en hospitales, en donde tenían que trabajar gratuitamente con el argumento que se encontraban aún en formación, y el establecimiento les ofrecía entrenamiento práctico y alimentación. Así presentado el gran desafío fue en años posteriores, al establecerse en una profesión de formación formal y por lo tanto esto se debía también traducir en una compensación económica y reconocimiento social.

Podemos establecer que enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, presentando las características definidas por Ellis y Hartley de lo que es una profesión en la sociedad actual.

Concepto de enfermería.

En 1973, el Consejo Internacional de Enfermeras definió a la enfermería de la siguiente manera:

“La única función de la enfermera es la asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila), que las llevara a cabo ella sola si tuviese la fuerza, de voluntad y los conocimientos necesarios “. (Marriner, Tomey Ann, 1999, pp.102).

En 1973, la *American Nurse Association* (A.N.A.), en sus modelos de la práctica de enfermería formuló una definición más evolucionada. Literalmente decía: “La práctica de la enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad”.

Según Henderson en 1999, definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”

Dorothea Orem conceptualizó a la enfermería como. “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Afirma que la enfermera puede utilizar de 5 métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo

Enfermería en la actualidad.

El profesional de enfermería en la actualidad debe reflexionar sobre la importancia del cuidado humanizado que se brinda a la persona, en las Instituciones de salud. Considerando a la tecnología en segundo término, como un facilitador para integrar el cuidado enfermero. En este momento la disciplina se encuentra en un momento crucial, que abarca dos instancias la primera la *formación profesional*: nivel licenciatura, en la que el método científico, la investigación, el proceso de atención son una actividad cotidiana, favoreciendo el desarrollo profesional de la disciplina. Por otro lado existe el nivel técnico en la actualidad es el personal de mayor existencia en las Instituciones de salud, existiendo limitaciones en Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria, realizando educación para la salud.

La práctica profesional: debe tomar un sentido humanístico y al mismo tiempo que integre la formación actual del estudiante de enfermería, con el objetivo de ofrecer los mejores escenarios de enseñanza – aprendizaje al estudiante o pasante de enfermería, a través de los siguientes enfoques: aplicar en la práctica el proceso atención enfermería, ejercer liderazgo en la toma de decisiones en el campo de enfermería, recuperando la autonomía del cuidado. Utilizar la metodología de la investigación en enfermería como herramienta de conocimiento para describir, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el cuidado de la salud en el ciclo vital humano. Aplicar las bases generales de la docencia en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos en enfermería. Sustentar la práctica de la enfermería en principios éticos y bases legales de la profesión. Acrecentar la cultura de la enfermería con un permanente deseo de superación personal y actualización profesional. Sustentar la práctica profesional de la enfermería en principios filosóficos que guíen su manera de actuar en la búsqueda del conocimiento de los valores personales y el ser humano, así como la consolidación de una filosofía personal de enfermería.

Enfermería como ciencia.

La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero: empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos. Asimismo la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan; [coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento “las respuestas de los

seres humanos a la salud y enfermedad”; expresión de proposiciones universales del os fenómenos que se propone investigar; proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos del metaparadigma” persona, entorno, salud y enfermería“; empleo de proceso de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos] (Leddy, 1989, p.98).

Henderson define el metaparadigma de la siguiente forma:

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano como el enfermo anhelan un estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia, necesita fuerza, voluntad, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: “el contorno de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”. (Henderson, 1999, p.100).

Enfermería como arte.

La enfermería es arte, porque al tener identidad profesional, el cuidado se brinda con sensibilidad, creatividad y percepción. El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se

vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana. (Potter, 2006, p.22)

Esencia de la enfermería.

La razón de ser enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permiten mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

Las repuestas humanas son:”la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad representado a todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. (Iyer, 1997, p.124)

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interrelación con el entorno y de los problemas la que originan la pérdida de la salud (Rodríguez, 2006, p. 20-21).

5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

El origen del arte de cuidar.

Desde el comienzo de la vida, a partir del nacimiento, los cuidados existen, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los

hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar permitir que la vida continúe, se desarrolle y preservar la especie. A diferencia de lo que se deja creer el arte de cuidar no nació de la enfermedad, ni aún de la lucha contra la muerte.

Durante la historia de la humanidad, en todas las sociedades, los cuidados han estado, y siguen orientados hacia la vida. - no hacia la muerte- hacia todo lo que hace vivir, hacia todo lo que permite vivir. Los cuidados están vinculados a esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos con los cuales los cuidados se confunden, se refieren a la lucha contra la muerte causada por la enfermedad, a la limitación de los efectos de la enfermedad, a la reparación de las lesiones orgánicas generadoras por la enfermedad, y/o por accidentes, así como a la reparación de las alteraciones funcionales, y de las deficiencias que conllevan.

Sin embargo, la vida y la muerte son indisociables. Sin la vida, no habría muerte. Así, encontrar lo que dio nacimiento a los cuidados no pueden hacerse sin tomar conciencia de la génesis de la vida y de la dinámica permanente en la que se inscribe. Desde que la vida apareció en nuestro universo, se inscribe y prosigue en un movimiento permanente y continuo. Una de las características principales de la vida es encontrarse en movimiento, a tal punto que el lenguaje común traduce constantemente este movimiento por expresiones tan familiares que no se les presta atención. Así repetimos varias al día: es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, o de una profesión eran los actos de cualquier persona que ayudaba a otra a asegurarle todo lo necesario a continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones, de las que una garantizara su predominio hasta el punto de absorber a la otra, de suprimirla, intentando incluso desaparecer. (Legados y tendencias 1907-1997, Memorias, Enfermería Universitaria, ENEO-UNAM).

Asegurar la continuidad de la vida.

La primera orientación en la historia del ser humano: Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: Necesidad de alimento, protección de las inclemencias del tiempo, por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar, poco a poco al alojamiento.

Esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres, que se esfuerzan por atenderlas. Más concretamente, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos.

Asegurar la supervivencia era, y sigue siendo, un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo era el de “cuidar de”. Cuidar de las mujeres durante el parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos y también de los muertos.

Cuidar es, por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la physis, es decir la ciencia de la naturaleza.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la Vida o, más exactamente, el contexto del proceso de Vida y de la Muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Cuidar.

Cuidar es, un acto de VIDA, el sentido cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca y se preserve la especie.

Según Planner (1981), "Cuidado es un proceso interactivo por lo que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar". El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.

Por su parte Mayeroff (1971), desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado:

"Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado, o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo, es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación".

Leininger (1978), afirma que:

“El constructor “cuidado” se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos”

Menciona las diferencias entre los tipos de cuidado:

Cuidado Genérico.

Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Cuidados Profesionales.

Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitiva y culturalmente, permiten a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Cuidados Profesionales Enfermeros.

Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.

El cuidado profesional enfermero es muy importante, ya que se habla de un cuidado profesional con una finalidad que lo diferencia del resto de cuidados profesionales.

Colliere (1990) defiende la actividad de cuidar de la enfermera, y esta desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferentes:

1. Las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera.
2. Las que dependen de la decisión médica y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica.

3. Las que dependen de iniciativas compartidas entre diferentes trabajadores sanitarios y sociales.

El cuidado deber ser el motor del profesional de enfermería que le permita la continuidad de la vida del hombre, es por ello que la mente, cuerpo y espíritu no pueden estar separados en nuestro cuidado diario.

Competencia de los cuidados de enfermería.

“Estar embarazada, parir, amamantar, son otras tantas condiciones medicables” como “la pubertad, la depresión, el agotamiento, el alcoholismo, la homosexualidad, el duelo, la obesidad o la vejez”. Aunque los que necesitan cuidados pueden recurrir a los métodos de diagnóstico y tratamiento que les ofrece una medicina hiperespecializada en la detección de alteraciones orgánicas y psíquicas, tienen, por el contrario, menos garantía de encontrar aquello que pueda permitirles iniciarse por sí mismos en todo tipo de cuidados de mantenimiento, aprendidos antiguamente por tradición cultural, y olvidados hoy, o beneficiarse de lo indispensable para el mantenimiento de su vida diaria si están enfermos, así como descubrir la forma de compensar por sus propios medios y los de sus allegados la disminución de su autonomía a la que se tiene que enfrentar. *El campo de competencia de los cuidados de enfermería se ha dejado desbordar, invadir, y más tarde absorber por el campo de la práctica médica, o al menos por un dominio explícitamente reconocido de la aplicación de cuidados.*

Por tanto hace más de cien años Florence Nightingale demostró en la enfermeras militares de Scutari, y más tarde en el hospital de santo Thomas en Londres, que distribuir medicamentos y curar heridas no basta para asegurar la supervivencia de los enfermos, sino que *hay que poner en marcha todo aquello que mueve su energía, su potencial de vida.* Florence Nightingale centra los cuidados de enfermería en la línea tradicional de las practicas curativas proporcionadas por mujeres pero en forma explícita y verbal, diciendo en qué consisten, dándose cuenta que, con la evolución de las técnicas reparadoras, las modificaciones económicas y sociales de la era industrial, los cuidados habituales administrados

por mujeres caen por su propio peso: “ninguna mujer es por sí misma una buena enfermera”, escribe. Como los cuidados ya no se transmiten por herencia cultural es necesario aprenderlos. Es entonces cuando Florence Nightingale determina el campo de competencias de los cuidados de enfermería, tanto a domicilio como en el hospital tal, como muestra de algo totalmente diferente de lo que los síntomas de la enfermedad podrían dejar creer, y apartándose de las condiciones que ocasionan estos síntomas o que los favorecen cuando se cae enfermo, condiciones sobre las que se puede actuar. El campo de competencias de la enfermería necesita la mayoría de las veces ser reconocido, justificado, probado al menos a un nivel que sobre pase la expresión individual o de equipos aislados, para convertirse en la expresión individual o de equipos aislados, para convertirse en la expresión de equipos profesionales y progresivamente en el de la profesión.

El cuidado profesionalizado.

Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción del cuidado se deben a Madeleine y Leininger (1978; 1980), considerando al cuidado como el dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de enfermería. La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociológicas, etc.

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, y aunque no exista una definición precisa y generalizada sobre de ella, así se han descrito su naturaleza, su esencia, sus propiedades y sus características. Todo lo cual permite analizar el cuidado de enfermería como entidad diferenciada, aunque igual que otras estructuras dinámicas, está en constante interacción con el ambiente en que se desarrolla.

Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería. Por tanto, los cuidados

de enfermería comienzan mucho antes de la realización de una tarea concreta y finalizan bastante más allá de esa tarea. (Marriner y Raile 1997, p. 43-53).

5.3. TEORIA DE ENFERMERIA.

Definición de teoría.

El termino teoría tiene diversas acepciones. Por ejemplo, docentes y estudiantes suelen utilizarlo para referirse a las materias que se cubren en clase para distinguirlas de la práctica y las actividades profesionales. Tanto en el uso común como en científico, el termino teoría denota una abstracción o una generalización.

Aun en el seno de la comunidad científica, los distintos autores atribuyen al término “teoría” diferentes sentidos. Tradicionalmente se ha utilizado para referirse a una generalización sistemática acerca en el que se interrelacionan dos fenómenos. Esta definición supone que una teoría incorpora cuando menos dos conceptos que se relacionan entre sí de una manera que la teoría pretende explicar.

Otros, sin embargo, emplean el término en un sentido menos restrictivo para referirse a una caracterización más amplia del fenómeno. Conforme a esta definición menos estricta, una teoría da cuenta y describe detalladamente un fenómeno. Algunos autores se refieren de manera específica a este tipo de teoría descriptiva, que por, Fawcett y Downs (1992), quienes definen como teorías sustentadas empíricamente que “describen o clasifican dimensiones o características específicas de individuos, grupos, situaciones o fenómenos y resumen las generalidades comunes a observaciones discretas”.

Tamayo Mario (1981).

La define como “un conjunto de proposiciones lógicamente articuladas que tiene como fin la explicación de las conductas en un área determinada de fenómenos”. (Tamayo, 1981, p. 71).

Marriner Ann (1999). Establece que es un “conjunto de definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno”.

Objetivo de la teoría: Facilitar a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales.

Ventajas de la teoría: Adquiere conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

1. Además, desarrolla las habilidades analíticas, estimulando el razonamiento, aclarando los valores y suposiciones que se aplican y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación de enfermería.

Proceso de desarrollo de las teorías.

El desarrollo de las teorías de enfermería no es una actividad espontánea, sin embargo muchas enfermeras han madurado ideas propias acerca de su profesión desde los primeros tiempos de la misma y han seguido desarrollando en privado supuestos personales basados en sus lecturas y experiencias. El desarrollo de las teorías es un proceso definido mediante los siguientes métodos como son:

Inducción: “Forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En la lógica inductiva, se combinan series de detalles concretos en conjuntos más amplios de hechos u objetos. El razonamiento inductivo se basa en la observación y el análisis de los sucesos específicos como base para formular enunciados teóricos generales, denominados con frecuencia teoría básica.” Se trata de un método que parte de la investigación para llegar a la teoría.

Deducción: La deducción es una forma de razonamiento lógico que va de lo general a lo específico. Este proceso comprende una secuencia de enunciados teóricos deducidos de un limitado conjunto de axiomas o enunciados generales. Para extraer una conclusión, se manejan dos o más enunciados de relación de partida, de manera que para construir hipótesis empíricas específicas, se utilizan relaciones teóricas abstractas. Se trata de un enfoque que trata de aplicar los modelos teóricos a la investigación.

Retroducción: La retroducción consiste en el uso combinado de la inducción y la deducción. (Marriner y Raile, 1997, p.43-45).

Formas de organización de las teorías.

Normativas: El enfoque normativo de organización de las teorías persigue estructurar los descubrimientos obtenidos en la investigación empírica. Con esta visión, el teórico primero revisa la bibliografía de investigación existente sobre un campo de particular interés. Después identifica y selecciona los descubrimientos empíricos presentes en dicha bibliografía, para su evaluación y finalmente evaluar el grado de evidencia de evidencia empírica que sustenta cada afirmación. Las teorías normativas utilizan conjuntos de leyes en un enfoque inductivo, a partir del cual tratan patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones. Estos resultados se seleccionan y clasifican, según el grado de respaldo empírico que demuestran, en leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis. En términos generales la interrelación de tales generalizaciones entraña cierta dificultad. Al no existir interrelación, el fundamento de cada uno no sirve para sostener los restantes. Como consecuencia, este enfoque obliga a notables esfuerzos de investigación.

Reynolds concluyó que, aunque la forma normativa puede facilitar una clasificación de los fenómenos o predicciones sobre las relaciones entre variables seleccionadas, no favorece el “sentimiento de comprensión” que resulta vital para el progreso de la ciencia.

Axiomáticas: El método axiomático se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de forma jerárquica. En la cima de esta estructura se sitúan los axiomas abstractos, mientras que en los siguientes niveles se distribuyen las proposiciones deducidas a partir de los mismos. El esfuerzo de investigación que requiere este método es menos intenso, ya que el fundamento empírico de cada enunciado de relación sirve también como respaldo de la teoría en su conjunto. Un criterio esencial en el método axiomático expone que los enunciados teóricos nunca deben contradecirse entre sí. Un principio básico de la lógica afirma que cuando dos enunciados son contradictorios, uno o ambos tienen que ser falsos. Su campo de acción es la física, matemáticas y geografía.

Causal: El proceso causal permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de los enunciados que determinan las relaciones causales entre las variables dependientes y los independientes. Este método obliga a manejar conceptos, definiciones y enunciados de relación, y qué modo suceden las cosas. (Ibídem, p. 47-53).

Evolución del desarrollo de las teorías.

La enfermería ha venido practicándose como profesión desde hace más de un siglo, y el desarrollo de las teorías en este campo ha experimentado una rápida evolución en las últimas cuatro décadas para ser reconocido finalmente como una disciplina académica con un cuerpo doctrinal propio. A mediados del siglo XIX Florencia Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. Describió en este marco la función propia y distintiva de la enfermera (consiste, por ejemplo, en colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre él), y expuso la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno. Sin embargo hasta 1950 la enfermería empezó a parecer como ciencia, y el tránsito de vocación a profesión atravesó por diversas etapas sucesivas dentro de la búsqueda del cuerpo de conocimientos. A

mediados de la década de los 70's, esta disciplina reveló que adolecía aun de falta de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos.

En 1960 se dedicaron a examinar la dirección actual y el campo de conocimientos que debían orientar el desarrollo científico de la enfermería, emergió la llamada etapa de las teorías, que se acompañó de una nueva concepción de la enfermería como profesión y disciplina por derecho propio.

En 1970 sustenta que el ejercicio profesional debe basarse en la ciencia de la enfermería. Este avance en la valoración de las teorías de la enfermería, constituye un aspecto muy valioso de la evolución del conocimiento en este campo y todo un hito en el desarrollo de la enfermería como disciplina científica, según afirmó Meleis.

En los años 1980, los desarrollos en las teorías de enfermería, fueron los característicos de un periodo de transición del modelo de preparadigma a paradigma. Los paradigmas dominantes (modelos), proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de la enfermería, la administración, la educación, la investigación y los posteriores desarrollos teóricos. (Ibídem, p. 55).

Existen destacadas autoras en el plano teórico, sus trabajos pueden analizarse de diversas formas, según los objetivos que se persigan. Para trazar el desarrollo de las teorías en enfermería, se ha optado por presentar a las autoras y su obra en orden cronológico, según su secuencia histórica de filosofía, modelo conceptual, o teorías:

Filosofías:

- Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellan, Hall, Watson, Benner.

Florence Nightingale: Su obra está estrechamente relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción paciente-entorno y los principios y reglas, sobre los que sustentó su ejercicio profesional. Ella creía que la enfermedad era un proceso reparador, menciona que manipulando la ventilación, el calor, la luz, la dieta, la

limpieza y el nivel del ruido) contribuirán a este proceso reparador y al bienestar del paciente.

Ernestine Wiedenbach: La filosofía de Wiedenbach, sobre el ejercicio de la enfermería está influida por su concepción de la disciplina como arte.

Modelos Conceptuales:

- Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman, King, Roper, Logan y Tierney.

Dorothea Orem: Resalto la particular atención que deben prestar las enfermeras a la necesidad que muestran las personas de un auto cuidado, para prolongar la vida y la salud. Considero al auto cuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio.

Martha E. Rogers: El modelo de Rogers ha tenido una influencia importante en la investigación científica y en el ejercicio profesional de la enfermería contemporánea.

Dorothy Johnson: Desarrollo un modelo de sistema conductual para la práctica, formación e investigación en enfermería. Johnson considera que la piedra angular de las organizaciones sociales era el afecto, inspirado en un subsistema de paternidad.

Sor Callista Roy: Baso sus trabajos en la teoría de la adaptación de Helson. Su modelo es un buen ejemplo de cómo recabar con cimientos de otras disciplinas. Explica la interacción de las personas con su medio. Según Roy, los hombres son seres biopsicosociales que existen en un entorno. El entorno y el transmiten 3 clases de estímulos: focal, residual y contextual. Estos inciden sobre los seres humanos y crean necesidades en uno o más modos de adaptación interrelacionados, como el concepto fisiológicos de la propia identidad, la función de roles, y la interdependencia. Mediante los mecanismos de adaptación llamados

regulador y cognator, ya que cada persona manifiesta respuestas adaptativas o ineficaces que requieren la intervención de la enfermería.

Virginia Henderson: Veía al paciente como una persona que requería ayuda para lograr la autosuficiencia, Así, contempla la enfermería como una labor independiente de los médicos.

Teorías:

- Peplau, Orlando, Travelbee, Erickson, Tomlin, Mercer, Leininger, Barnard, Parse, Newman, Adam, Pender.

Hildegard E. Peplau: Constituye una teoría de la práctica de enfermería. Recibió una intensa influencia de las teorías de las relaciones interpersonales de Sullivan, y refleja un punto de vista del modelo psicoanalítico contemporáneo.

Madeleine Leininger: Considera que lo principal de la asistencia, el conocimiento y la práctica en la enfermería son los cuidados. En ello incluye las actividades asistenciales, de apoyo o de capacitación dirigidas a una personas o a un grupo con necesidades evidentes o previsibles. Los cuidados permiten mejorar o perfeccionar las condiciones y la forma de vida de las personas (procesos vitales). Su metodología procede de la Antropología, pero implica una síntesis del Concepto de cuidado como la característica esencial del ejercicio de la enfermería. (Ibídem p.56-111).

Nola J. Pender: Los supuestos de su teoría:

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, al mismo tiempo valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad, buscando regular de forma activa su propia conducta, interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial,

transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.

- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta

transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.

- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta

VI. TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.

En 1966 en el libro *The Nature of Nursing*, describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.” (Marriner, 1999, p. 102).

6.1. Conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

1. Persona:

Se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.

6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son básicas a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo un como todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios-denominados por Henderson –de Independencia y de Dependencia. (Fernández y Novel, 1993. P. 206-207))

2. La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad:

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”. (García, 2004. p. 9)

Independencia:

Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia:

Puede ser considerada en una doble variante. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 Necesidades, Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sea insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo

cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (auto conocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. (Balán y Franco, 1996, p. 207-209).

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. (Ídem, 208-212)

3. Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería. Relación con el Equipo de Salud:

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson “éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...”.

“Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona”. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo de multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella...”en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”. (Henderson, 1999.p103)

En relación al paciente Henderson afirma que...”todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir “a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratando con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. En el paciente o usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.

4. Entorno:

La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen. (Luis,1993, p. 3).

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo de multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella...”en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”. (Henderson, 1999.p103)

En relación al paciente Henderson afirma que...”todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir “a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratando con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. En el paciente o usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.

4. Entorno:

La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen. (Luis,1993, p. 3).

VII. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

7.1. Antecedentes del proceso de enfermería.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.”Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el

que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer, 1997, p. 9).

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.

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

7.2. La enseñanza del proceso de enfermería.

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería (P.A.E.), por que se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual a la persona.

En 1976 la Asociación de Escuelas de Enfermería A.C. edito un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería, en donde se le definió como “Un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.

Así mismo, se destacó la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la estudiante de enfermería y de impulsar su participación activa en la atención de la persona, utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados; mediante el cual se dé a la persona un trato más individual y se atiendan sus necesidades en las tres esferas, considerándolo como un ser Bio-psico-social.

Recientemente se incorporo a la enseñanza teórica de este instrumento, el de las Categorías Diagnosticas, o Diagnósticos de Enfermería, aprobados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).

Aunque los conceptos han sufrido modificaciones, éstas son solo de forma, no de fondo; tales modificaciones son necesarias, a fin de que haya mayor claridad, y se logre en un futuro más cercano, la aceptación, y puesta en práctica tanto del Proceso de Enfermería como de los Modelos, por el mayor número de enfermeras, así de clínica como de enseñanza y de investigación.

Definición del proceso de enfermería.

Según Rosalinda Alfaro, (1993). "Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales "En el termino paciente se incluye también a la familia y comunidad (García, 1997, p, 20 y 21).

Características del proceso enfermero.

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por enfermera(o), que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas u del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución, y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integro) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo;

al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes. (Rodríguez, 2000, p. 29).

Beneficios para su aplicación.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana” (Alfaro, 1999.p.10).

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir el pensamiento analítico; “deliberado, cuidadoso y

dirigido al logro de un objetivo”, (Alfaro, 1999, p. 16) pues emplea “principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias”, (Alfaro, 1999, p. 17).

Por otra parte el proceso comprende al individuo, familia, y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud (Rodríguez, 2006, p. 29).

7.3. Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención.

En las Etapas de Valoración y Diagnósticos, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determinan:

-El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

-Las de la dificultad en tal satisfacción.

-La interrelación de unas necesidades con otras.

-La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las Etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo-siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de

cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra acción va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos (Fernández, 1993, p.9).

Requisitos para la aplicación del proceso enfermero.

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

7.4. Etapas del proceso enfermero.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de un de ellas conduce a la siguiente.

Valoración, nos permite reunir información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero por la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatologías.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se pueda valorar al usuario (s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhoson, los requisitos de auto cuidado de Orem etc....o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las

necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

Recolección de la información: Da inicio al primer encuentro con la persona y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con la persona y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos. Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas, directas primarias el usuario y su familia, amigos y otros profesionales de la salud, las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico.

Diagnóstico, consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, (Iyer, 1997, p. 3) al requerir de diversos procesos, mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnóstico es “la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas”, (Alfaro, 1999, p. 88). La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

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

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

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

El diagnóstico enfermero real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos)”, además de tener factores relacionados. (Luis, 1998, p. 7)

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en un persona, familia o comunidad vulnerables,” (Luis, 1998, p. 7) no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”. (Luis, 1998, p. 8).

La estructura de los diagnósticos enfermeros: el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso del diagnóstico enfermero real “se aconseja un formato en tres partes: problemas +factores relacionados (...) y de datos objetivos y subjetivos “(Luis, 1998, p. 7).

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO CON.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos u subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo “(Iyer, 1997, p.132).

De igual forma que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías de la N.A.N.D.A., a pesar de ello “la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal (...)”, (Luis, 1998, p. 8) si se emplean las palabras antes mencionadas.

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

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

Planeación, inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñada para reforzar las respuestas del cliente sano para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo” (Iyer, 1997, p. 157).

Los pasos para realizar la planeación:

a).- Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida de la persona.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por (Alfaro, 1999, p.116).

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas (...)

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección (...)

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (...)

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima (...)

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales (...)

b.- Los objetivos: son una parte indispensable dentro de la etapa, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” (Alfaro, 1998, p. 121) al valorar el logro de resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

c.- Determinación de acciones de enfermería: “Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los

objetivos,” (Iyer, 1997, p. 186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En la determinación de dichas estrategias se emplean el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema mediante cuestionamientos que conducen a la elección de acciones de enfermería específicas

d.- Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en el formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Ejecución, comienza una vez que han elaborado los planes de cuidado “... y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados” (Iyer, 1997, p. 224).

Los pasos de la ejecución son:

1. Preparación .Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:
 - Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, (Iyer, 1997, p. 225) haciéndose necesaria la revaloración.
 - Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
 - Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
 - Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
 - Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
 - Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “ los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta” (Alfaro, 1999, p. 160).

2. La intervención. Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independiente e interdependiente planeadas, que incluyen: la valoración; “ la presentación de cuidados para conseguir los objetivos (...) (Iyer, 1998, p. 231); la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” . Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatologías son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe de ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, “usted es tan responsable de los resultados emocionales (...) como de los resultados físicos“ (Alfaro, 1999, p. 164), por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones (...) observando atentamente la persona“ (Alfaro, 1999, p. 163) del usuario y familia.

3. Documentación. Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: *mantener* informados a otros profesionales del área de la salud sobre los datos de valoración de los usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; *ser* “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados “(Alfaro, 1999, p. 1666); *respaldar* legalmente las actuaciones de la enfermera y *servir* para estimar “el pago de los servicios prestados.

Evaluación última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración , diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para:”determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)” (Alfaro, 1999, p. 182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso (...) hacia la realización de sus metas “(Leddy, 1989, p. 263) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

Evaluación última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración , diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para:”determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)” (Alfaro, 1999, p. 182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso (...) hacia la realización de sus metas “(Leddy, 1989, p. 263) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

VIII. CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considera.

8.1 Desarrollo psicológico

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo, desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya

estructurado en las y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen:

- Aceptar cambios puberales; o que puedan hacerle un cambio al ser que esperamos que llegue;
- Desarrollo del pensamiento abstracto y formal.
- Identificación y solidificación de amistades afectivas con probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, cigarrillos e incluso drogas.
- Establecimiento de la identidad sexual, mostrando timidez, moralidad y preocupación por su atractivo físico.
- Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad.
- Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social-a menudo rodeado de conflictos, resistencia y/o interferencia con su independencia.
- Logros cognitivos y vocacionales; fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro.
- Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales.

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización. Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes. El 61.59% de los adolescentes de 12 Años en

adelante (tanto hombres como mujeres) tienden a ponerse irritables al llamarlos "niños" en crecimiento

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

8.2 Cambios físicos.

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo definitivo sexual.

Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento.

Grasa

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideos y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.

8.3 Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotrofinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos. (Aguirre, 1994, pp.48).

Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de

aparición es después de los 8 años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas. El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndose hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vagina, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos iatrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bertolini, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene

aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años).

8.4 Atención del adolescente

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales. (Santrok, 2000, p. 385).

Embarazo en adolescentes:

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, el hijo y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. Aun cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo.

Por otra parte la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo etario. Para poder aprovechar el momento histórico que vive el país, donde un gran porcentaje de su población es gente joven con potencial de desarrollo social y económico, es indispensable que se aumente la edad al primer embarazo, que aumente el intervalo entre los

embarazos, que se incremente la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente y que se promuevan de manera decidida los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y de los adolescentes en particular.

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista. La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Sí bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros.

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del individuo en su paso de niño a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual. (Ibídem p. 385-423).

Aspectos socio demográficos de los adolescentes en México

Los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, harán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran. Las situaciones que influyen en la vida futura de los/las adolescentes son:

- Abandonar o continuar en la escuela
- Acceder a una fuente de empleo remunerada
- El inicio de las relaciones sexuales
- Abandonar el hogar familiar
- Casarse o unirse y
- Tener el primer hijo

La presente generación adolescente tiene acceso a más y mejores oportunidades de desarrollo que las generaciones previas, el perfil social es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha completado la educación secundaria, lo que significa mayor capacidad para acceder a la información y a la tecnología moderna, una mayor socialización entre los géneros y un cambio en los patrones de relación entre hombres y mujeres.

Sin embargo a pesar de estos cambios, el nivel educativo sigue siendo bajo en comparación con las exigencias de calificación en el mercado de trabajo. En el medio rural la situación es menos favorable para los jóvenes, en el campo los hombres abandonan la escuela alrededor de los 15 años, mientras que las mujeres lo hacen a los 14 años. (Aguirre, 1994, pp.48)

La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

Las relaciones de pareja en los adolescentes y jóvenes

El noviazgo como experiencia emocional ocurre por primera vez prácticamente en todos los casos antes de los 20 años de edad, principalmente entre los 15 y los 19 años. Con referencia a los condicionantes para iniciar una relación de pareja, la mayoría busca en la experiencia de noviazgo alguien a quien amar y con quien

compartir sentimientos, y solo un pequeño porcentaje piensa en casarse o en formar una familia. El lugar tan importante que ocupan los sentimientos románticos se expresa en los temas de conversación entre las parejas de novios, ya que prefieren platicar sobre su relación y sentimientos, o de la familia, más que de los estudios, el trabajo, el sexo, la política o la religión. La gran mayoría de los jóvenes consienten que en las relaciones de pareja es permitido tener un acercamiento físico, compartiendo cualquier tipo de caricias.

Sexualidad en los adolescentes y jóvenes

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las jóvenes. Particularmente, entre las mujeres, la secuencia unión-actividad sexual-reproducción no siempre sigue este orden, pero si es determinante para el desarrollo futuro de la adolescente la secuencia y el calendario en que ocurren.

En los grupos sociales con mayores carencias, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan sólo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo (19 años).

Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. La primera relación sexual ocurrió en su gran mayoría en un alto porcentaje con una pareja sentimental, novio(a), o esposo(a) y este dato es congruente con respecto al número de parejas sexuales. La gran mayoría refiere haber tenido solo una pareja en el último año y menos de un 20 % han tenido más de dos compañeros (as) sexuales. La actividad sexual analizada como frecuencia de contactos en los últimos tres meses indicó que en cuanto a la frecuencia con que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, cuatro de cada diez

jóvenes tienen actividad sexual entre una y tres veces por semana, aproximadamente un tercio tienen relaciones de una a tres veces en el mes, y aproximadamente casi una cuarta parte de los jóvenes declaró no haber tenido relaciones durante el último mes. En las prácticas para evitar un embarazo no planeado es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico. A pesar de declarar que no se busca el embarazo, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de métodos anticonceptivo.

En este sentido, uno de los grupos cuyo comportamiento sexual y reproductivo inquieta de manera importante son los adolescentes. En México, la población entre 15 y 19 años alcanza los diez millones y medio de individuos, de los cuales casi la mitad son mujeres; en conjunto, este grupo de edad representa a casi 10 por ciento de la población total, proporción que tiende a disminuir conforme avanza el proceso de envejecimiento poblacional.

A pesar de que el común denominador de la población mexicana inicia la actividad sexual en la adolescencia, señaló el Consejo Nacional de Población (Conapo), las condiciones en las que esto ocurre, son altamente riesgosas, el 76 por ciento de las adolescentes no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo en la primera relación sexual, mientras que 68 por ciento de los varones sí lo hizo. Lo anterior preocupa en la medida en que favorece la ocurrencia de embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Se estima que en 2006, seis por ciento de las adolescentes en el país estaba embarazada; en 2008 se registraron 300 mil nacimientos de madres adolescentes, lo que representó 15 por ciento del total de nacimientos. Desde hace varios años la tendencia de la fecundidad adolescente es descendente y se espera que, para el año 2030, esta proporción alcance alrededor del ocho por ciento.

La proporción de adolescentes unidas en pareja es cada vez menor: 11.6 por ciento de las adolescentes se encontraba unida en 1997, pero en 2006 disminuyó a 8.8. Es posible que este grupo de mujeres enfrente problemas de selectividad, es decir, la presencia de ciertas características que generalmente se asocian con

prácticas anticonceptivas precarias, como por ejemplo: tener escasa escolaridad, ser hablantes de lengua indígena, residir en ámbitos rurales, entre otras.

8.5. Muerte materna en adolescentes.

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de muerte en mujeres de este grupo de edad. Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician las infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA y los embarazos no planeados. Las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados. Muchas de las adolescentes casadas se embarazan porque quieren formar una familia. En algunas comunidades las mujeres jóvenes solteras ven la maternidad como una forma de subir en el estatus social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que les ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño/a. En grupos sociales tradicionales se le da un gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos pueden llevar al marido o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas adolescentes recién casadas garantizan su

Embarazo no planeado en los adolescentes

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo. Se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción.

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad.

Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros. (Disponible en: www.conapo.gob.mx/ Dirección General de Comunicación Social Boletín de prensa, emitido el 26 de septiembre de 2009. Consulta 15 diciembre 2009, 23:40).

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad.

Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros. (Disponible en: www.conapo.gob.mx/ Dirección General de Comunicación Social Boletín de prensa, emitido el 26 de septiembre de 2009. Consulta 15 diciembre 2009, 23:40).

IX. DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es un síndrome que se expresa por afección familiar determinada genéticamente, en la que el sujeto puede presentar:

- Alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.
- Deficiencia relativa o absoluta en la secreción de insulina.
- Resistencia en grado variable a la insulina.

Desafortunadamente la diabetes mellitus no sólo consiste en la elevación de glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen.

Existen numerosas clasificaciones, siendo la más aceptada la formulada por el *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* emitida en 1997, que la divide en dos tipos principales sin considerar la edad de inicio: diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) y diabetes mellitus tipo 2 (DM 2); en este último se incluye a más de 90% de todos los diabéticos, La morbilidad por diabetes mellitus en México ha mostrado una tendencia ascendente, lo que condiciona que la demanda de hospitalización en los últimos años sea cinco veces mayor que la de otros padecimientos, con una mayor incidencia de complicaciones.

9.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con DM tipo 2; es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones con varios años de anticipación; influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial), trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida y sobrevida. (SUA.UNAM.2008, “Cuidados de enfermería en mujeres con embarazo complicado”, antología de Obstetricia II, p. 234).

Los factores de riesgo pueden presentarse en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad y pueden modificarse a través del tiempo; por ello es importante realizar una búsqueda intencional periódica para detectar en forma temprana la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportunos con el inicio de medidas preventivas potenciales como la educación para la salud en grupos de riesgo, el control específico de factores modificables y evaluación de las opciones terapéuticas apropiadas a las características de cada diabético, lo

cual repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad inherentes a la enfermedad.

La alteración metabólica presentada durante el embarazo o puerperio si es manejada adecuadamente puede presentar complicaciones severas a la adolescente. En el caso del embarazo se presenta lo siguiente:

Primer Trimestre: Hay hiperplasia de las células beta del páncreas y mayor sensibilidad de estas a la glucosa, por efecto de estrógenos y progesterona

- Aumento de sensibilidad a la acción de insulina a nivel periférico
- Consecuencia: Disminución de la glicemia de ayuno y postprandial alejada

Segundo y Tercer Trimestre: Hay un incremento de hormonas de contra regulación (20-22sems.) Que inducen resistencia insulínica a nivel pos receptor.

- El pasaje de glucosa y aminoácidos es continuo hacia el feto, causando disminución de gluconeogénesis y tendencia a la quetogénesis materna.
- Consecuencia: Tendencia a la citogénesis en ayunas y normoglicemia postprandial La insulinemia materna y fetal dependen de la glicemia materna
- El crecimiento fetal no depende de la hormona de crecimiento, sino de la insulinemia.
- La insulina es la principal hormona anabólica del feto.

Riesgos Maternos:

- Descompensación Metabólica
- Desarrollo de DM al largo plazo
- Patologías Asociadas

Riesgos Fetales:

- Macrosomía Fetal
- Traumatismo Obstétrico

Control Metabólico:

- Dieta
- Monitorización de glicemia

- Insulinoterapia

Vía de Parto:

- Derivado del control metabólico de la paciente, la interrupción del embarazo es vía cesárea. Disminuyendo riesgos durante la presentación si fuera parto vaginal.
- Si la EPF es > a 4500 grs. se realiza Cesárea Electiva.

- Insulinoterapia

Vía de Parto:

- Derivado del control metabólico de la paciente, la interrupción del embarazo es vía cesárea. Disminuyendo riesgos durante la presentación si fuera parto vaginal.
- Si la EPF es > a 4500 grs. se realiza Cesárea Electiva.

X.- PUERPERIO

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación, su duración aproximada es de 6 semanas que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo. Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación. Durante esta etapa la mujer experimenta muchos cambios que aunque son normales, no dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos potencialmente peligrosos. (Potter, 2001, p.241)

10.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

1.- Fenómenos de involución uterina: El útero sufre una reducción rápida en volumen y peso, disminuye de 30 a 32 cm que mide al final de la gestación a unos 7 - 8 cm y de 1500 g a 60 – 80 g de peso. A la vez que el útero involuciona desaparece el segmento inferior del cuello uterino, formado en la segunda mitad de la gestación. Así mismo las fibras musculares hipertrofiadas del miometrio comienzan a recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras neoformadas en la gestación. Este fenómeno se produce exagerado y así el número de fibras musculares que desaparecen es mayor a las neoformadas, esto explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes múltiparas. (SUA.UNAM.2008, “Cuidados de enfermería en mujeres con embarazo complicado”, antología de Obstetricia II, P.255)

2. Endometrio: Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontánea del endometrio, es espontánea porque la cicatrización es independiente de estímulos hormonales conocidos. Tras esto el endometrio crece discretamente en espesor y esto sí es dependiente del estímulo iatrogénico. Después de 40 – 45 días tras el parto, reaparece la primera menstruación aunque este primer ciclo, a veces primeros, suele ser anovulador. Si la madre da lactancia el endometrio permanece en reposo, sin estímulos hormonales o con estímulos insuficientes. Lo más frecuente es que no exista ciclo genital ni menstruación durante la lactancia, aunque no siempre es así.

3. Cicatrización: El cuello uterino, vagina, vulva, himen y perineo suelen cicatrizar de modo rápido si existe buena higiene durante el puerperio. La cicatrización del himen nunca es perfecta, pierde uniformidad y sus restos se llaman carúnculas multiformes.

4. Normalización hormonal: Los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 – 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 – 10 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normales a los 6 – 8 días.

5. Entuertos: Son contracciones uterinas dolorosas propias del puerperio. Se presentan con mayor intensidad en las primeras horas y más en multíparas que en primíparas sin saber por qué. También aumenta la intensidad de los entuertos la lactancia por la liberación de oxitocina. No es aconsejable la administración de inhibidores de la contracción uterina porque se facilita la pérdida hemática, sin embargo si puede precisarse tratamiento analgésico.

6. Loquios: Pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización. Los primeros son rojos debido al predominio de sangre en su composición, luego adquieren color rosado. Cuando cesa la hemorragia y predominan los leucocitos propios de

la reparación hística son de color amarillento. Los loquios tienen un olor característico pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto.

7. Calostro: Secreción expulsada a través del pezón rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días. Las hormonas que intervienen en la lactancia son:

La prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario. La oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

8. Emuntorios: La micción se facilita si la paciente se levanta para ello, si no, debería recurrirse a la cateterización vesical esporádicamente. La evacuación intestinal suele ser espontánea al tercer día del parto, aunque a veces solo el miedo al dolor es suficiente para inhibir el reflejo. Se recurrirá en este caso a un laxante suave, y es importante recordar que la defecación alivia y no empeora la cicatrización perineal.

9. Ingurgitación mamaria: Las mamas aumentan su tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que no puede superar los 38° C ni las 24 horas en tiempo. La ingurgitación se debe a la gran vasodilatación producida en los vasos mamaros, y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día. (González, 2006, p. 347)

10.2. VIGILANCIA CLÍNICA EN EL PUERPERIO

Objetivos:

- Identificar y prevenir las complicaciones maternas.
- Ayudar y apoyar a la paciente para que recupere su estado previo al embarazo.
- Enseñar a la paciente a atenderse a sí misma y al recién nacido.

Puerperio inmediato: Es un periodo crítico que se presenta las primeras 24 horas posterior al alumbramiento, con un alto riesgo de complicaciones. La madre

permanecerá en la sala de recuperación, se valorará profilaxis farmacológica de la hemorragia. Las complicaciones más frecuentes son hemorragia y shock, por lo que deberemos valorar signos y síntomas. Una vez estabilizada pasa a la sala de hospitalización general. (González, 2006, p. 349)

Signos y síntomas a controlar en el puerperio inmediato:

- Nivel de consciencia.
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Temperatura.
- Frecuencia respiratoria.
- Diuresis.
- Valoración hemorragia genital.
- Características uterinas.
- Estado de la episiotomía.

Signos y síntomas a controlar en el puerperio tardío:

- Estado general.
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Temperatura.
- Dolor (localización y características).
- Involución uterina.
- Características de los loquios (olor, color).
- Estado episiotomía.
- Función urinaria e intestinal.
- Estado de las mamas.

ALTA HOSPITALARIA INFORMACIÓN

- Tratamientos y cuidados específicos si precisara.
- Equipo sanitario de referencia.

- Controles y revisiones a realizar.
- Modificaciones psicológicas del puerperio.
- Conceptos básicos de educación sanitaria:
 - Hábitos generales.
 - Alimentación
 - Higiene
 - Vestimenta
 - Gimnasia paulatina
 - Entorno familiar. Problemas
 - Sexualidad
 - Planificación familiar
 - Lactancia
 - Cuidados neonatales

POSIBLES COMPLICACIONES

HEMORRAGIA POSPARTO

Es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo del parto. Pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones, ya que el volumen sanguíneo de la gestante aumenta uno o dos litros durante el embarazo. La paciente tolera bien esta pérdida de sangre.

La hemorragia puede ser temprana (primeras 24 horas) y tardía (después de las primeras 24 horas hasta 6 semanas tras el parto). El riesgo aumenta si se presenta en las primeras 24 horas, porque una región venosa extensa se encuentra expuesta tras la separación de la placenta. La pérdida de sangre de 500 a 600 ml en el parto es normal, de 1000 ml es normal en cesárea. El cuerpo responde a la hipovolemia aumentando la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria. La disminución del volumen de sangre hace que la piel y las membranas mucosas palidezcan, se enfríen y humedezcan. A medida que

continúa la pérdida de sangre se reduce el flujo cerebral y la paciente se muestra inquieta, confusa, ansiosa y letárgica.

Cuidados inmediatos

- Identificar la causa específica.
- Administración de líquidos intravenosos para mantener el volumen circulante.
- Proporcionar oxígeno para aumentar la saturación, valoración de la misma.
- Introducir catéter Foley para valorar el funcionamiento renal.

HERIDA QUIRÚRGICA

El sitio más común es el perineo, donde se encuentran las episiotomías y las laceraciones y la incisión quirúrgica de una cesárea. El riesgo de infección aumenta cuando se llevan a cabo varios exámenes vaginales.

Valoración

Encontramos:

- Enrojecimiento
- Equimosis.
- Secreciones.
- Edema

Tratamiento

- Se obtendrán cultivos para identificar los microorganismos ofensores.
- La infección de la episiotomía puede llegar a la dehiscencia de la herida y a la Incontinencia de heces.
- Se precisa: tratamiento antibiótico, analgesia, drenaje del área, irrigación y desinfección de la zona y desbridamiento si es preciso.

En un proceso fisiológico este proceso de debe monitorear, sin embargo un puerperio patológico por ser mujer diabética debe orientarnos a trabajar en función de la prevención de riesgos.

Manejo: El control de la mujer diabética durante el puerperio se debe basar en la prevención de riesgos con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal. Las principales intervenciones de enfermería en esta etapa van dirigidas

a la educación de la mujer en el control metabólico relacionado con la administración de insulina, ya que durante el puerperio la demanda de insulina desciende en forma dramática, por la depuración rápida de la HPL, ya que deja de producirse insulina y también por la supresión temporal de hormona pituitaria del crecimiento. En esta etapa es indispensable monitorear a la paciente con glicemias capilares frecuentes, así como discontinuar la administración de insulina o disminuir la dosis conforme al comportamiento de la curva de glucosa en sangre, para evitar hipoglucemias. (SUA.UNAM.2008, "Cuidados de enfermería en mujeres con embarazo complicado", antología de Obstetricia II, P.268).

Obstétrico:

- Vigilancia de la evolución del puerperio
- Prevenir Complicaciones
- Detección de Patología Asociada.
- Control: Realizar CTG a las 6 a 12 semanas ya que de un 10 a 20 % de las pacientes persisten con alteración metabólica.

Seguimiento: Hasta un 40 a 50% se hacen diabéticas en el largo plazo. (SUA.UNAM.2008, "Cuidados de enfermería en mujeres con embarazo complicado", antología de Obstetricia II, P.255-260).

XI. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A UNA ADOLESCENTE EN ESTADO DE PUERPERIO CON ALTERACIÓN METABOLICA

11.1 Valoración de Enfermería. (27 marzo 2009)

Valoración Subjetiva.

Nombre: M.H.V... Edad: 17 años Género: Femenino
Edo. Civil: Soltera Religión: Católica Escolaridad: 2do.
Secundaria
Ocupación: Obrera Lugar de origen: Tlatiestenango, Morelos,
Radica en Jojutla, Morelos.

AHF. Padre diabético y madre finada por cáncer de hígado. Abuelos maternos y paternos finados desconoce causa. Hermanos (dos mujeres), una 23 años trabaja de secretaria y vive con ella, aparentemente sana, otra mujer de 31 años diabética de 6 años de evolución insulino dependiente, dedicada al hogar, radica en el Distrito Federal.

APNP. Paciente originaria de Tlatiestenango, Morelos, Radica en Jojutla, Morelos. Actualmente vive con su padre y una hermana en casa propia construida de tabique, cuenta con 3 habitaciones, con buena ventilación e iluminación, con agua intradomiciliaria y drenaje; habita con la familia un animal doméstico (gato); grupo sanguíneo Rh O+, con buenos hábitos higiénicos, baño diario y cambio de ropa, aseo bucal dos veces por día. Alimentación no es adecuada en cantidad y calidad; carne 1x7, verduras 2x7, frutas 2x7, leguminosas 5x7, leche 6x7, pastas 4x7, pan 7x7. Actividad física negada. Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías interrogadas y negadas.

Su dinámica familiar es buena con las personas que componen su núcleo familiar, comenta que su padre y hermanas se enojaron, cuando les informó de su embarazo, sin embargo le brindaron apoyo económico. Al informarle al padre de su hijo de su embarazo él se retiró. Por lo que la hermana que radica en el Distrito Federal la trajo a vivir con ella, la apoyo en su control prenatal y parto asumiendo los gastos.

APP. Esquema de vacunación completo, enfermedades propias de la infancia DM tipo II desde hace 2 años, controlada con glibenclamida, durante el embarazo la suspende y se controla con insulina, niega antecedentes quirúrgicos y transfusionales, niega alergias medicamentosas, con dos hospitalización previas durante el embarazo en el primero y tercer trimestre por descontrol metabólico.

AGO. Menarca a los 12 años, telarca y pubarca a los 13 años, ritmo irregular, con duración de 3 a 4 días, no dismenorreica, IVSA 14 años, parejas sexuales 3, no

circuncidado, GI, A0 P0, estudio de Papanicolaou hace 5 meses, resultado negativo, método de planificación familiar, por un año utilizo el ritmo, posteriormente, suspendió la actividad sexual. FUM 25 de junio de 2008, si refiere control médico durante su embarazo en su centro de salud, con FPP 30 marzo 2009, Parto 25 marzo 2009.

PA. Persona nulípara primigesta de 17 años de edad, refiere que inicia con amenorrea secundaria a embarazo confirmada con PIE en suero, embarazo no planeado, no deseado, pero aceptado, niega maniobras abortivas y exposición a teratogénos, llevo control prenatal en el Distrito Federal con 6 consultas en centro de salud, debido a que presenta diabetes mellitus tipo II, se aplico el Toxoide Tetánico, durante el embarazo en el 8vo mes, incremento de peso de 15 Kg., crecimiento abdominal a las 12 SDG, crecimiento mamario a los 2 meses de embarazo, percepción de movimientos fetales a las 16 SDG, refiere que ha presentado IVU de repetición a partir del segundo trimestre, llevando tratamiento con antibióticos.

Durante las primeras 48 horas del puerperio mediato complicado , a la exploración física, se observa: palidez de tegumentos, con facies de dolor debido a la incisión abdominal, mucosas orales secas, mamas turgentes y dolorosas a la palpación, abdomen con presencia de vendaje abdominal a la exploración se encuentra globoso, peristalsis disminuida, en herida quirúrgica salida de liquido serohemático, presenta meteorismo y distensión abdominal al ingerir líquidos, refiere realizar esfuerzo para evacuar, sangrado trasvaginal con loquios hemáticos en moderada cantidad, no fétidos, presenta sonda vesical, con gasto urinario adecuado, extremidades inferiores con presencia de edema ++, refiere dolor al miembro pélvico derecho que limita la deambulacion, refiere dolor y ardor leve al orinar, manifiesta temor por tener un hijo ya que implica mayor responsabilidad teniendo miedo a la situación económica ya que ella no cuenta con el apoyo de su pareja. Signos vitales T/A 130/90, FC 90, FR 24, TEMP 37.° C.

Tratamiento actual con administración de Sol. Fisiológica 500ml al 0.9%, ketorolaco ampula 1/cada 8 horas i.v, cefalotina 1 gr cada 8 horas i.v.

Se valoran signos vitales, con T/A horaria. Dextrostix preprandial con aplicación de insulina, control estricto de líquidos.

Valoración Objetiva.

Exploración Física.

Paciente femenina con edad aparente a la cronológica, consiente, orientada en tiempo lugar y espacio, cooperadora.

Signos Vitales: T/A: 130/90 FC. 97 x min FR. 21 x min Temperatura: 37 ° centígrados. Peso antes del embarazo: 60 Kg. Peso posterior al embarazo: 75 kg. Estatura: 1.55 cm.

Piel: Con palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, piel hidratada con buena continuidad.

Cabeza: Normo cefálica con adecuados movimientos, sin presencia de exostosis ni hundimientos, esclerótica sin abrasiones, cabello corto, con buena implantación, cabello negro.

Cara: Simétrica, con palidez de tegumentos, movimientos presentes, reacciona a estímulos, con pulso pre auricular presente.

Ojos: Apertura ocular espontánea, con buena implantación de pestañas, cejas depiladas, simétricas, con edema de párpados. Movimientos oculares presentes, pupilas isocóricas, normoreflexivas, con respuesta a la luz, sin datos de infección, ni derrames.

Nariz: Con adecuada ubicación en línea media-anterior de la cara, con narinas permeables e hidratadas, tabique alineado, sin presencia de deformidades y septum a la palpación.

Oídos: Con adecuada implantación de pabellón auricular, buena coloración, con buena capacidad auditiva.

Boca: Cavidad oral hidratada, sin presencia de caries dental, lengua en línea media, rugosa, sin lesiones, con buena coloración, sin halitosis. Labios hidratados y reflejo nauseoso presente.

Cuello: Corto, cilíndrico sin edema, movimiento de flexión, extensión y rotación adecuados y sin presencia de dolor; presencia de venas yugulares y arteria carótida, con pulsos presentes, tráquea central, sin presencia de masas, tiroides palpables.

Tórax: Las respiraciones toraco-abdominal normo líneas con movimientos de amplexión y amplexación presentes. Con campos pulmonares bien ventilados en ápice y base, ruidos cardíacos normales, mamas turgentes, dolorosas, areolas hiperpigmentadas y sin congestión en las mismas.

Abdomen: Blando, globoso y depresible, se percibe línea de alba, con presencia de herida quirúrgica con dolor +++ a la palpación, peristalsis disminuida. Posterior al parto: buena involución uterina, se identifica la altura del fondo uterino 2 dedos por debajo de la cicatriz umbilical y el útero se palpa firme, presencia de entuertos.

Extremidades: Presenta edema de miembros pélvicos +, falanges completas sin deformidad, llenado capilar de 2 segundos, sin presencia de onicomiosis, pulsos periféricos presentes y miembros alineados.

Genitales: Presencia de pliegues inguinales, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, vello púbico presente en cantidad, labios menores y mayores sin presencia de edema, presencia de sonda vesical, ano bien formado.

11.2 Valoración de las 14 Necesidades humanas del modelo de Virginia Henderson.

No.	Necesidad	Satisfechas	Insatisfechas		VOLUNTAD	FUERZA	CONOCIMIENTO
			Real	Potencial			
1	Respiración normal	*					
2	Nutrición e Hidratación	*					
3	Eliminación		*			*	
4	Termorregulación	*					
5	Descanso y Sueño		*			*	
6	Higiene y Protección de la piel			*			*
7	Movimiento	*					
8	Vestirse y Desvestirse	*					
9	Evitar Peligros		*			*	
10	Comunicación	*					
11	Aprendizaje		*				*
12	Creencias y Valores	*					
13	Trabajo y Realización		*				*
14	Juego y Recreación	*					

1. **Necesidad de Respiración** = Independiente.

Esta necesidad no se encuentra afectada, ni con compromiso de la vía aérea, no hay presencia de secreciones, lo cual permite el adecuado paso de oxígeno para el intercambio gaseoso, no fuma, con buena frecuencia cardíaca y respiratoria.

2. **Necesidad de Nutrición e Hidratación** = Independiente.

Su dieta es regular en calidad y cantidad, con aumento de peso debido a su embarazo y descontrol metabólico, recibe hidratación a través de soluciones parenterales con solución fisiológica, lo que permite un aporte adecuado de líquidos, durante su estancia hospitalaria.

3. **Necesidad de Eliminación** = Parcialmente Dependiente.

Presenta sonda vesical, la paciente refiere molestia con la permanencia de la sonda, al tener deseo constante de orinar con presencia de dolor, buen volumen urinario, con características normales, al mismo tiempo para defecar realiza esfuerzo, evacuando escasas heces semiduras.

4. **Necesidad de Termorregulación** = Independiente.

No presenta dificultad para mantener su temperatura, se cubre esta necesidad a través de colocar un cobertor, se adapta a los cambios de temperatura.

5. **Descanso y Sueño** = Parcialmente Dependiente.

Presenta facies de cansancio, refiere no conciliar el sueño debido al dolor que presenta en la herida quirúrgica y por la permanencia de la sonda vesical.

6. **Higiene y Protección de la Piel** = Parcialmente Dependiente.

La persona requiere de ayuda en las actividades higiénicas, debido a que no se ha movilizado en las primeras 24 horas del puerperio, por presencia de medios invasivos. Pero se realizan cuidados de higiene y confort, la paciente puede realizar su aseo bucal, y la integridad cutánea se encuentra sin presencia de deterioro.

7. **Necesidad de Movimiento** = Independiente.

Realiza movimientos libremente, para cambiar de posición de semifowler a decúbito dorsal, se inicia la deambulacion posterior a las 24 horas del postoperatorio.

8. **Necesidad de Vestirse y Desvestirse** = Independiente.

La persona se coloca la bata de hospital y requiere apoyo para amarrarla al reverso.

9. **Necesidad de Evitar Peligros**,= Parcialmente Dependiente.

Se vigila que los barandales se encuentren bien fijos y elevados, para brindar seguridad a la persona, ya que se apoya de estos al cambiarla de posición o sentarla para alimentarse.

10. **Necesidad de comunicación** = Independiente.

Esta necesidad se encuentra cubierta, la persona puede comunicarse y expresarse sin ningún problema.

11. **Aprendizaje** = Dependiente.

Escolaridad 2do año de secundaria, sabe leer y escribir, no pudo continuar estudiando por falta de recurso económico, por su embarazo, pero no pierde el interés de continuar con sus estudios. La persona verbaliza dudas respecto a su padecimiento y manifiesta interés en aprender aspectos de autocuidado.

12. **Creencias y Valores** = Independiente.

Es católica, y considera que ella y su bebé están bien porque Dios es grande, y porque que nunca intento abortar.

13. **Trabajo y Realización** = Parcialmente Dependiente.

La persona refiere que le hubiera gustado concluir con sus estudios de secundaria, al menos para trabajar y apoyar con la economía de su casa, ya que en este momento es un problema no saber cómo solventara los gastos de su nuevo rol.

14. **Juego y Recreación** = Independiente

No acudía a ninguna actividad física antes y durante su embarazo, no realiza deportes, ni actividades recreativas.

11.3 Desarrollo del Proceso de Enfermería.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Seguridad y Bienestar.

Insatisfecha por: Fuerza / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la seguridad y bienestar, relacionado con herida quirúrgica Manifestado por dolor agudo y constante.

Objetivo: Contribuir a disminuir el dolor de la señora M.H.V. durante el puerperio.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de posición frecuente 	<p>El movimiento es esencial para conservar el bienestar de la persona. Favoreciendo una superficie blanda de apoyo, distribuyendo el peso corporal y no concentrando la energía en un punto concreto del cuerpo. Los cambios frecuentes de posición buscan fines de confortabilidad, según la capacidad de la persona para afrontar el dolor abdominal. (Andrade, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un ambiente de confianza y tranquilo • Se Proporciona confort y comodidad a la persona. • Enseñar la limitación de movimientos para protegerla de una autolesión. • Enseñar técnicas de relajación a la persona, como friccionar la espalda.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la intensidad del dolor 	<p>El dolor es la causa más frecuente de inestabilidad en el posoperatorio. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo y unas vías</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora la intensidad del dolor con la escala análoga del dolor 2 veces por turno

	nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares. (Puebla Díaz, 2005, p.59).	
<ul style="list-style-type: none"> Ministración de analgésico (ketorolaco 10 mg), cada 6 horas i.v, 	<p>Los analgésicos son fármacos que disminuyen o eliminan el dolor. El Ketorolaco es un fármaco antiinflamatorio no esteroides presenta efectos analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos. Inhibe la síntesis de prostaglandinas y es un analgésico con actividad periférica. Posee moderado efecto antiinflamatorio. Esta indicado para el tratamiento del dolor intenso, ya que esta condición aumenta el consumo de oxígeno. (Arias, 2005, p. 99).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se ministra el analgésico, con horario por infusión de manera continua.
<ul style="list-style-type: none"> Reportar en las notas de enfermería la evolución del dolor 	<p>Las notas de enfermería permiten conocer la evolución de la persona, a través del proceso enfermero, valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación, buscando el bienestar y su independencia de la persona al disminuir el dolor. (Potter, 2001, p.110)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se lleva continuidad en la valoración y registro de las notas de enfermería, evaluando su mejoría.
<ul style="list-style-type: none"> Toma y registro de Signos vitales. 	<p>La capacidad de reconocer las manifestaciones clínicas, a través de la observación y la valoración de los signos vitales, permite detectar riesgos oportunamente. (López, 2005, p. 86).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los signos vitales se tomaron 2 veces por turno, monitoreando la presión arterial cada 2 horas.

<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la deambulaci3n precoz. 	<p>La deambulaci3n precoz es otra forma eficaz de prevenir las complicaciones respiratorias, y facilitar la recuperaci3n de la funci3n intestinal, aumentando el peristaltismo. Adem3s, la deambulaci3n precoz tambi3n reduce el riesgo de Trombosis venosa profunda. Embolia pulmonar. (Guillamet, 1999, p.117).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la deambulaci3n con apoyo y acompa1amiento.
---	---	--

Evaluaci3n: Antes de las intervenciones la intensidad del dolor conforme a la escala an3loga del dolor era de 8, posteriormente a las 3 horas se encontraba en 5, mejorando progresivamente.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Eliminación.

Insatisfecha por: Fuerza / Parcialmente Dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la eliminación intestinal relacionada a disminución de motilidad intestinal por procedimiento quirúrgico, manifestado por constipación, distensión abdominal.

Objetivo: Favorecer el bienestar de la persona logrando la eliminación intestinal, sin esfuerzo.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Orientar a la persona sobre los riesgos de continuar con el estreñimiento.	El estreñimiento es una alteración en la eliminación intestinal caracterizada por una disminución en la frecuencia de la defecación, o con esfuerzo, generalmente las heces son duras y escasas. La frecuencia en la defecación varía entre las personas, considerando un patrón normal desde 2 veces por día. Generado por consumir escasa fibra en la dieta así como ingerir pocos líquidos. (López, 2005, p.210)	Se brinda información a la persona sobre la importancia de evitar el estreñimiento
Favorecer la movilización fuera de la cama.	Estimula el metabolismo digestivo, relaja los músculos intestinales y combinados con una dieta rica en fibra favorece la eliminación intestinal, mejorando el estreñimiento. (Andrade, 2005, p.56).	<ul style="list-style-type: none">• Se brinda apoyo a la persona durante la deambulacion.
Vigilar el incremento de fibra y líquidos en la dieta.	La fibra actúa aumentando la masa fecal, estimulando los movimientos intestinales y facilitando la fluidez de las heces. Otro aspecto a tener	<ul style="list-style-type: none">• Se vigila la ingesta de líquidos y fibra en la dieta.• Se orienta a la

	<p>en cuenta es aumentar la ingesta de líquidos, con las comidas (sopas, gelatina, infusiones, etc.) y entre comidas (preferiblemente agua, zumos naturales), sin olvidarnos de realizar algún tipo de ejercicio físico de forma regular que ayude a fortalecer los músculos de la pared abdominal que intervienen en la expulsión de las heces.(Morgan,1999, p. 45).</p>	<p>persona sobre los alimentos que contienen fibra.</p>
--	---	---

Evaluación

Posterior al inicio de la deambulaci3n e incremento en la ingesta de l3quidos, 6 horas despu3s evacua, sin dificultad con peristaltismo presente.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Eliminación.

Insatisfecha por: Fuerza / Parcialmente Dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la eliminación urinaria relacionado a proceso inflamatorio, manifestado por disuria, polaquiuria.

Objetivo: Favorecer el bienestar de la persona logrando la eliminación urinaria de manera fisiológica y sin dolor.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Orientar a la persona sobre la importancia de retirar tempranamente el sondeo vesical	La colocación de una sonda vesical a través de la uretra, debe realizarse de forma estéril, con el objetivo de disminuir riesgo de infección, potencializando esto, los factores de riesgo que predisponen a la persona de la tercera edad, padecer alguna enfermedad crónico degenerativa, estar desnutrida etc., (Arias, 2004,pp191).	<ul style="list-style-type: none"> • Se genera un ambiente de seguridad y confianza, brindando plática de educación para la salud.
Favorecer el desarrollo de prácticas higiénicas (lavado de manos)	El lavado de manos se refiere a la aplicación de alcohol gel o jabón líquido, sobre la piel húmeda de las manos y que añadida a la fricción mecánica de las mismas por el tiempo de un minuto provoca, luego de su enjuague, la remoción mecánica de los detritus, componentes orgánicos y microorganismos de la superficie de la piel disminuyendo la carga bacteriana y con esto el riesgo de infección por manipulación del	<ul style="list-style-type: none"> • De manera demostrativa, se enseña a la persona la técnica correcta del lavado de manos, replicando el procedimiento. •

	cateterismo vesical. (Swearingen, 2008, pp.307).	
Favorecer la limpieza del periné.	La higiene es una suma de procesos que permite una mejor defensa a la piel. La zona perineal sucia de orina o excremento, corre el riesgo de macerarse e infectarse. (Swearingen, 2008, pp.173).	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya a la persona durante el baño de regadera.
Mantener el sistema cerrado del sondeo vesical.	El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria. A través de un sistema cerrado el cual es completo y seguro, ya que presenta varios mecanismos que dificultan la contaminación bacteriana. (Arias, 2004,pp191).	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene el sistema cerrado con fecha de instalación.
Monitoreo y registro de las características del flujo 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. Al mismo tiempo la paciente se encuentra en un proceso de redistribución de volumen, por los ingresos y egresos durante el	<ul style="list-style-type: none"> • Se registran las características de la orina y el volumen en la hoja de enfermería por turno.

	<p>procedimiento quirúrgico. Considerando también que la retención urinaria puede ser una complicación posquirúrgica. (Swearingen, 2008, pp.307)</p>	
<p>Vaciar la bolsa recolectora por turno y mantenerla por debajo de la altura de la vejiga.</p>	<p>La bolsa recolectora de orina se debe vaciar cuando esté llena 2/3 de su capacidad, con el objetivo de evitar el reflujo de la orina, disminuyendo el riesgo de bacteriemias, manteniendo la bolsa por debajo de la cintura de la paciente.</p> <p>(Swearingen, 2008, pp.814)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se vaciaba la bolsa recolectora de orina dos veces por turno. • Se orienta a la persona sobre la importancia de mantener la sonda por debajo de la cintura. • Se realiza la fijación en el muslo.
<p>Vigilar la permeabilidad de la sonda de drenaje urinario</p>	<p>Se evitara el reflujo de la orina, desde el circuito cerrado del drenaje urinario a la vejiga, manteniendo el flujo urinario sin obstrucción, causada por acodadura, pinzamiento.</p> <p>(Swearingen, 2008, pp.819)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila la permeabilidad de la sonda.
<p>Orientar a la persona, para realizar ejercicios vesicales</p>	<p>Hacer ejercicios de control de la vejiga por tan sólo 5 minutos, tres veces al día, puede hacer una gran diferencia en su control de la vejiga. Estos ejercicios pueden ayudarle a aumentar la fuerza y el tono de los músculos del suelo de la pelvis, y consecuentemente a mejorar su control urinario favoreciendo el control de esfínteres y permitir retirar el</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña a la persona de manera ilustrativa la técnica para realizar los ejercicios de Kagel. • Se lleva un registro y control del tiempo de los ejercicios vesicales.

	<p>catéter vesical tempranamente (previa prescripción médica), la persona que tiene sonda Foley se deberá pinzar la sonda por 15 minutos, aumentando el tiempo gradualmente, con la intención de estimular el tono muscular. Antes de retirarla.</p> <p>(Swearingen,2008,pp343)</p>	
Aumentar el consumo de líquidos vía oral	<p>Comer y beber es la forma más directa para cumplir con las necesidades nutricionales. (Morgan,1999, p. 45).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila la ingesta de líquidos por vía oral.
Llevar un estricto control de líquidos.	<p>Mantienen el equilibrio entre los ingresos y egresos, que mantienen la homeostasis de la persona, favoreciendo el metabolismo celular.</p> <p>(Andrade, 2005, p. 120)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza el balance de líquidos durante las 24 horas.
Tomar Uro cultivo antes de retirar el sondeo vesical.	<p>La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la población general (especialmente en mujeres) y el urocultivo es el método que aísla a los agentes etiológicos responsables. Al recolectar una muestra para sembrar un urocultivo debe de evitarse la contaminación con flora vaginal, perineal y de uretra anterior.</p> <p>(Arias, 2004,pp196).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de retirar el sondeo vesical se toma un urocultivo con técnica estéril.

Evaluación

Posterior a los ejercicios vesicales y la deambulación precoz, se retira la sonda Foley, refiriendo la persona disminución en la intensidad del dolor y ardor, observando las características de la orina amarilla, clara, libre de sedimento, orinando 100 ml en el cómodo.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Aprendizaje.

Insatisfecha por: Conocimiento / Dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la necesidad de Aprendizaje, relacionado a desconocimiento de prácticas de auto cuidado, sobre su enfermedad, manifestado por preocupación, dudas e inquietudes durante el puerperio.

Objetivo: La persona adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios en el cuidado y manejo de la Diabetes mellitus, a través de platicas de educación para la salud, logrando un estado de bienestar.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Orientar a la persona que cursa el puerperio mediato sobre los cambios importantes que produce la Diabetes Mellitus, así como factores de riesgos y complicaciones en la enfermedad crónica.	El establecer una buena comunicación con la persona, mencionando que la diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa, producida por una alteración del metabolismo de carbohidratos, debido a deficiencia en la producción de insulina caracterizada por el aumento de glucosa en la sangre. A medida que la glucosa aumenta de manera constante, las células pierden agua produciendo glucosuria. Se presentan complicaciones agudas y crónicas. (Mendoza, 2008, p.93).	<ul style="list-style-type: none"> • Se genero un ambiente de seguridad y confianza. • Permitir que la persona exprese sus dudas e inquietudes. • Se brindo información que permitió aclarar dudas e inquietudes.
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de signos vitales. 	Permite conocer las condiciones básicas e informar cambios relevantes, como identificar datos de hipertensión arterial, taquicardia (datos de hemorragia o infección), en la frecuencia respiratoria se	<ul style="list-style-type: none"> • Se toman los signos vitales dos veces por turno, monitoreando la presión arterial cada 2 horas.

	<p>puede identificar dificultad al respirar por la intensidad del dolor.</p> <p>(Ledesma, 2005, p.113)</p>	
<p>Realizar determinación de glicemia capilar preprandial.</p>	<p>Es la medición capilar del nivel de glucosa en sangre que se obtiene al hacer el control con una pequeña gota de sangre del dedo. En los últimos años el autocontrol de la glucemia ha revolucionado el tratamiento de la Diabetes, siendo considerado una piedra angular del cuidado de la misma, sobre todo en el autocontrol de la persona. Los resultados obtenidos de este control se emplean tanto para evaluar la eficacia del tratamiento, como para orientar los ajustes de la dieta, el ejercicio físico y la medicación, con el objeto de lograr el mejor control posible de la glucemia, involucrando a la persona de forma activa en el tratamiento de su (López, 2005, p.80)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizo Destrostix preprandial y a las 24 horas. • Se enseñó a la persona a realizar el procedimiento.
<p>Realizar prueba diagnóstica glucosuria en orina (Bililabstic).</p>	<p>Dentro del metabolismo celular en el puerperio mediato, la demanda de insulina desciende “en forma dramática” en el puerperio debido a la depuración lapida de HPL, ya que deja de producirse insulina y también por la supresión temporal de la hormona pituitaria del crecimiento. (López, 2005, p.85).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las glucosurias realizadas se mantienen sin datos de importancia.

<p>Administrar insulina conforme a las indicaciones médicas.</p>	<p>La insulina es una Hormona liberada por el páncreas que ayuda a que la glucosa se desplace de la sangre hacia las células del cuerpo, donde es utilizada como energía y nutriente. La insulina es vital para que el cuerpo humano cumpla la función de regulación de azúcar en la sangre. Esta es necesaria para que se pueda cumplir un proceso llamado metabolismo, en el cual los alimentos digeridos son transformados en la energía que el organismo necesita. Sin la insulina, la glucosa contenida en la sangre no puede ser utilizada apropiadamente, y en lugar de eso, se concentra en el flujo sanguíneo hasta que alcanza niveles elevados causando graves daños a la salud. (Andrade, 2005,p.102).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ministran 5 UI de insulina NPH preprandiales. • Se brinda a la persona información sobre el reconocimiento de los signos vitales de alarma en caso de presentar hipoglucemia. • Se monitorean las glicemias capilares.
<p>Administrar soluciones parenterales para mantener el equilibrio hidroelectrolítico.</p>	<p>La persona diabética que cursa el puerperio inmediato y mediato, puede cursar con deshidratación severa, con déficit hídrico de 3-5 litros, debido a la alteración metabólica y al proceso fisiológico del parto, dos condiciones que pueden complicar en cuadro por déficit de volumen, generando hiperglucemia. Es recomendable iniciar la reposición con soluciones salinas fisiológicas para</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ministran soluciones parenterales. • Se lleva control estricto de líquidos durante las 24 horas.

	revertir el déficit intravascular, la hipotensión y la pérdida de líquido extracelular. (Andrade, 2005, p. 120)	
Fomentar el inicio de actividad física (caminar o deambular).	El inicio de la deambulaci3n debe ser paulatino, con apoyo, favoreciendo la motilidad intestinal y la expulsión de gases, mejorando la ventilaci3n. (Andrade, 2005, p.128)	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda apoyo a la persona cuando inicio la deambulaci3n temprana.
Vigilar la ingesta de dieta adecuada para diabético, hip3 s3dica, hiperproteica, hipocal3rica.	La dieta es un componente vital del programa para el control de la diabetes, va dirigido al desarrollo de un plan de alimentaci3n personalizado, que favorezca niveles apropiados de glucemia, colesterol y triglic3ridos (tipos de grasas) en la sangre. Al mismo tiempo ayudara a mantener un peso correcto, obteniendo mejores resultados en los pacientes, garantizando un balance entre la insulina inyectada y el alimento que ingiere. (Hernández, 2005, p. 49)	<ul style="list-style-type: none"> • Se Vigila la ingesta de la dieta adecuada. • La persona reconoci3 la importancia de consumir una dieta balanceada.

Evaluaci3n

La persona verbaliza la importancia de su participaci3n en el autocontrol, ya que promueve la responsabilidad y autonomía de la persona con diabetes mellitus en el cuidado de su enfermedad, identificando signos de alarma oportunamente.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: autorrealización

Insatisfecha por: Conocimientos. / Parcialmente Dependiente

Diagnóstico: Alteración de autorrealización relacionado a imposibilidad de trabajar por nuevo rol materno y condiciones de salud en proceso de recuperación manifestada por preocupación, tristeza.

Objetivo: Contribuirá con medidas de cuidado tendientes acelerar su recuperación y adaptación al nuevo rol para su pronta inserción en el trabajo.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Orientar a la persona sobre la importancia del auto cuidado, para lograr su pronta recuperación.	La relación que existe entre la capacidad de auto cuidarse y la capacidad de cuidar a los demás es muy estrecha. Una persona que no sabe cuidar de sí misma, puede presentar un déficit en la satisfacción de sus propias necesidades. Esto puede producirse por falta de conocimientos y por falta de hábitos en el cuidado de la salud. Para que la persona realice su auto cuidado es importante contar con un nivel de conocimientos. Si la persona es sensible a sus propias sensaciones corporales, sentimientos y respuestas, será capaz de valorar su necesidad de conocimientos adicionales y motivación para su auto cuidado. (Vergara, 2005, p. 117).	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer un ambiente de confianza que permita a la persona externar sus temores y sentimientos.• Se proporciona información relacionada con la recuperación, el tratamiento y el pronóstico.• Se orienta sobre la importancia de tener descanso relativo.
Orientar a la persona sobre las medidas higiénicas que le ayudaran a disminuir el riesgo de infección en la	El baño corporal debe realizarse todos los días, lavando la herida quirúrgica únicamente con agua y	<ul style="list-style-type: none">• Durante el baño de regadera se enseña a la persona como realizar el lavado de

herida quirúrgica	jabón. Esta actividad genera bienestar y confort a la persona. (Mendoza, 2008, p.93).	la herida quirúrgica.
Cuidados a la herida quirúrgica.	Se realizara durante el baño de regadera una limpieza con agua y jabón, deberá evitar pomadas, ungüentos o polvos. Se colocara frente al espejo para revisar las características externas como son; coloración, puntos, temperatura, etc., (Colomer, 2000, p.98)	<ul style="list-style-type: none"> • Se brindar información sobre los aspectos que debe vigilar de la herida quirúrgica. • Se mantienen limpia y seca la ropa de la persona, explicando la importancia de usar ropa cómoda y de algodón.
Orientar a la persona sobre la importancia y el tiempo de colocar el vendaje abdominal	Únicamente se utilizara cuando tenga que desplazarse o transportarse, como método de soporte que le de seguridad al caminar. (Colomer, 2000, p.76)	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente reconoce la importancia del vendaje abdominal durante las primeras 72 horas.
Administración de antibiótico cefalotina 1gramo cada 6 horas	La profilaxis se emplea para prevenir la infección cuando por un procedimiento quirúrgico se pueda causar contaminación bacteriana de los tejidos que en condiciones normales se encuentran libres de gérmenes. El objetivo que se pretende alcanzar es impedir que la flora endógena provoque infección en la zona operada y también prevenir la multiplicación de los microorganismos exógenos que tienen acceso al área quirúrgica. (González, 2006,	La ministración del antibiótico (cefalotina), con horario fue continua por vía intravenosa.

	p.49).	
Orientar a la persona en puerperio mediato la importancia de una Nutrición adecuada.	Una dieta balanceada incluye alimentos ricos en fibra con el objetivo de evitar el estreñimiento, así como incrementar la ingesta de líquidos. Evitar alimentos como las leguminosas, o los irritantes los cuales provocan distensión abdominal, causando malestar por incremento del dolor.(Brunner, 2000,p.459).	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación sobre la importancia de consumir una dieta blanda.
Orientar a la persona sobre la importancia de utilizar ropa cómoda.	Se recomienda el uso de ropa de algodón, este evita la humedad, la ropa sintética genera más calor y humedad. (Lezaeta, 2008, p.234)	<ul style="list-style-type: none"> • La persona reconoce la importancia de utilizar ropa de algodón
Orientar a la persona sobre la importancia de tener espacios de descanso y sueño	La comodidad expresa un estado de bienestar, el sinónimo de descanso implica, la liberación de tensión emocional. El descanso mental y físico es una necesidad fisiológica. El sueño se considera un descanso por excelencia, poder dormir durante un periodo ininterrumpido es una forma de salud mental y física. (Ledesma, 2005,p.78)	<ul style="list-style-type: none"> • La persona reconoce la importancia de tener periodos de descanso durante el día.
Se establece contacto con trabajo social, para orientación en la búsqueda de redes sociales de apoyo.	Ante la escasez y baja calidad de los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral, un importante segmento de la población e que por supuesto no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece la vinculación con trabajo social, para orientación del seguro popular.

	necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana. (Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor,2005,pp4)	
--	--	--

Evaluación.

La persona se encuentra preocupada por solventar los gastos actuales, sin embargo posterior a la orientación, reconoce la importancia de su participación en su auto cuidado, identificando los beneficios de integrarse a la vida laboral, disminuyendo riesgos para ella y su hijo, al mismo tiempo trabajo social la orienta acerca del seguro popular.

DIAGNÓSTICO REAL.

Necesidad Alterada: Seguridad.

Insatisfecha por: Voluntad. / Parcialmente Dependiente

Diagnóstico: Alteración de la necesidad de seguridad, relacionado a afrontamiento individual inefectivo por embarazo no deseado manifestado por incertidumbre, miedo y desconfianza para afrontar el rol.

Objetivo: Contribuir a reforzar el rol materno y nueva condición social.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Favorecer el contacto físico madre e hijo de forma temprana	Este contacto físico e íntimo madre-hijo, logra demostrar sentimientos espontáneos de amor, de reconocimiento, y afecto en las primeras horas posterior al parto. (Seguranyes, 2004, p.67).	<ul style="list-style-type: none">• Se favoreció la vinculación madre-hijo, fomentando el contacto.
Dar a conocer a la madre la importancia que tiene su papel al fortalecer este vínculo.	Los beneficios que genera este vínculo en el binomio son dirigidos al proceso fisiológico del puerperio en la madre, por mencionar algunos: <ul style="list-style-type: none">• facilita la salida de la placenta.• favorece la contracción y recuperación del útero• disminuye el sangrado posparto• favorece la subida de calostro y en consecuencia de leche materna (Mendoza, 2008, p.245)	<ul style="list-style-type: none">• La madre reconoce algunas ventajas del contacto madre-hijo.
Explicarle la importancia del rol materno.	El papel de madre es el proceso por el cual la	<ul style="list-style-type: none">• Se fomentó la lactancia materna

	<p>persona aprende los comportamientos maternos y que se sienta a gusto con su identidad de madre. de acuerdo con Merser, el papel de la madre se presenta en 4 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anticipación: se produce durante el embarazo. • formal: se da al inicio al nacer el niño. • informal: principia cuando la madre elige sus propias opciones sobre la maternidad. • personal: elige lo que le hace sentir cómoda en su papel de madre. <p>(Mendoza, 2008, p.259)</p>	
<p>Fomentar la lactancia materna explicando ventajas y beneficios para el binomio</p>	<p>Esta es una elección muy importante que disfrutara la madre y el hijo, ya que favorece el desarrollo emocional en el binomio. Además la leche materna proporciona al lactante altos niveles de anticuerpos, proteínas, minerales y vitaminas solubles. La lactancia materna crea un gran lazo afectivo entre madre e hijo. (Mendoza, 2008, p.189).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar los beneficios para el recién nacido y para ella, al fomentar la lactancia materna.
<p>Explicar la técnica correcta de amamantar.</p>	<p>Orientar y demostrar a la madre la técnica correcta de higiene de manos así como vigilar sujeción, succión y estado de alerta. (Mendoza,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La madre realiza la demostración de la técnica correcta de alimentación al seno

	2008, p.190).	materno.
Determinar la frecuencia con la que se brinda la alimentación al seno materno, en relación con las necesidades del bebe	Orientar y demostrar a la madre la técnica correcta de higiene de manos así como vigilar sujeción, succión y estado de alerta. (Mendoza, 2008, p.190).	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una demostración de la técnica correcta de alimentación al seno materno.

Evaluación.

La persona reflexiona el rol actual de ser madre soltera, sin embargo resaltamos las fortalezas de que dispone, reconociendo el gran apoyo familiar con el que cuenta, mostro interés durante el desarrollo de algunas técnicas, así como externo dudas e inquietudes, al mismo tiempo solicito ver a su hijo.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Necesidad Alterada: Seguridad.

Insatisfecha por: Conocimiento. / Parcialmente Dependiente

Diagnóstico: Riesgo potencial de infección relacionado a herida quirúrgica

Objetivo: La persona aprenderá y realizara las medidas de higiene, desinfección y cuidado personal, que favorezcan una adecuada cicatrización, evitando complicaciones a la herida quirúrgica.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
Orientar a la persona sobre las medidas higiénicas que le ayudaran a disminuir el riesgo de infección en la herida quirúrgica	El baño corporal debe realizarse todos los días, lavando la herida quirúrgica únicamente con agua y jabón. Esta actividad genera bienestar y confort a la persona. (Mendoza, 2008, p.93).	<ul style="list-style-type: none">• Durante el baño de regadera se enseña a la persona como realizar el lavado de la herida quirúrgica.
Favorecer el desarrollo de prácticas higiénicas (lavado de manos)	El lavado de manos se refiere a la aplicación de alcohol gel o jabón líquido, sobre la piel húmeda de las manos y que añadida a la fricción mecánica de las mismas por el tiempo de un minuto provoca, luego de su enjuague, la remoción mecánica de los detritus, componentes orgánicos y microorganismos de la superficie de la piel disminuyendo la carga bacteriana y con esto el riesgo de infección por manipulación del cateterismo vesical. (Swearingen, 2008, pp.307).	<ul style="list-style-type: none">• De manera demostrativa, se enseña a la persona la técnica correcta del lavado de manos, replicando el procedimiento.
Cuidados a la herida quirúrgica.	Se realizara durante el baño de regadera una limpieza	<ul style="list-style-type: none">• Se brindar información sobre

	<p>con agua y jabón, deberá evitar pomadas, ungüentos o polvos. Se colocara frente al espejo para revisar las características externas como son; coloración, puntos, temperatura, etc., (Colomer, 2000, p.98)</p>	<p>los aspectos que debe vigilar de la herida quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantienen limpia y seca la ropa de la persona, explicando la importancia de usar ropa cómoda y de algodón.
<p>Orientar a la persona en puerperio mediato la importancia de una Nutrición adecuada.</p>	<p>Una dieta balanceada incluye alimentos ricos en fibra con el objetivo de evitar el estreñimiento, así como incrementar la ingesta de líquidos. Evitar alimentos como las leguminosas, o los irritantes los cuales provocan distensión abdominal, causando malestar por incremento del dolor.(Brunner, 2000,p.459).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación sobre la importancia de consumir una dieta blanda.
<p>Orientar sobre la importancia de utilizar ropa cómoda.</p>	<p>Se recomienda el uso de ropa de algodón, este evita la humedad, la ropa sintética genera más calor y humedad. (Lezaeta, 2008, p.234)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona reconoce la importancia de utilizar ropa de algodón
<p>Orientar a la persona sobre la importancia de tener espacios de descanso y sueño</p>	<p>La comodidad expresa un estado de bienestar, el sinónimo de descanso implica, la liberación de tensión emocional. El descanso mental y físico es una necesidad fisiológica. El sueño se considera un descanso por excelencia, poder dormir durante un periodo ininterrumpido es una forma de salud mental y física. (Ledesma, 2005,p.78)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona reconoce la importancia de tener periodos de descanso durante el día.

Evaluación.

La persona reconoce la importancia de controlar su enfermedad de base Diabetes Mellitus, a través de una modificación en los hábitos higiénico dietéticos, coadyuvando con el tratamiento médico, sobre todo que ella menciona su hijo no tiene papá para que la apoye, por lo que deberá cuidarse más.

XII. PLAN DE ALTA.

Resultado esperado: que la persona logre un puerperio, mediato y tardío con bienestar para su pronta recuperación, sin complicaciones.

Control metabólico: El éxito del control metabólico de la persona puérpera diabética, radica en la independencia que se haya logrado con la paciente en su auto cuidado considerando, la relación con el entorno y el conocimiento que la persona haya aprendido referente a su enfermedad.

Considerando que *“El auto cuidado es una contribución constante del adulto a su propia existencia, su salud, y bienestar continuo”*.

Periodicidad en las visitas al médico: Inmediatamente después del parto, las mujeres que cursan el puerperio complicado por diabetes tipo I y diabetes gestacional, frecuentemente requieren tratamiento médico durante su estancia hospitalaria. Por ello es tan importante controlar los niveles de glucosa, ya que las necesidades de insulina se modifican con el parto. La atención del puerperio en la paciente diabética tipo I, es similar al de la puérpera normal. La primer visita de control con el médico es a los 8 días del egreso, posteriormente a las 2 semanas, si el control es estable se cita al mes y posteriormente a los 2 meses, a los 4 meses y su vista normal de control en medicina interna para continuar con el tratamiento de base que es la diabetes mellitus.

Nutrición: La dieta es un componente vital del programa para el control de la diabetes, va dirigido al desarrollo de un plan de alimentación personalizado, que favorezca niveles apropiados de glucemia, colesterol y triglicéridos (tipos de grasas) en la sangre. Al mismo tiempo ayudara a mantener un peso correcto, obteniendo mejores resultados en los pacientes d insulino dependiente (tipo 1), garantizando un balance entre la insulina inyectada y el alimento que ingiere. La paciente deberá consumir alimentos bajos en grasa y carbohidratos, altos en fibra, sin azúcar, deberá consumir una colación nocturna debido a que es insulina dependiente y la curva de acción de la insulina genera su mayor pico de acción a las 24 horas, por lo que la paciente deberá estar protegido para cualquier descenso en la glucosa, consumiendo esta colación.

Ejercicio: Para los diabéticos obesos la actividad física es la regla que mide la pérdida de peso, evita más acumulación de grasa en los tejidos y ayuda a mantener un óptimo

control de glucosa en la sangre. Se sugiere caminar 30 minutos de manera continua, favorecerá la acción de la insulina, además evitara subir de peso.

Realizar glicemias capilares: Se entiende por glucemia capilar a la medición del nivel de glucosa en sangre que se obtiene al hacer el control con una pequeña gota de sangre del dedo. En los últimos años el autocontrol de la glucemia ha revolucionado el tratamiento de la Diabetes, siendo considerado una piedra angular del cuidado de la misma. Los resultados obtenidos de este control se emplean tanto para evaluar la eficacia del tratamiento, como para orientar los ajustes de la dieta, el ejercicio físico y la medicación, con el objeto de lograr el mejor control posible de la glucemia, involucrando al paciente de forma activa en el tratamiento de su enfermedad, es importante mencionar a la paciente que esta determinación la deberá realizar antes de los alimentos, y la forma de espaciarlas está determinada por el control metabólico.

Administración de insulina: La insulina es vital para que el cuerpo humano cumpla la función de regulación de azúcar en la sangre. Esta es necesaria para que se pueda cumplir un proceso llamado metabolismo, en el cual los alimentos digeridos son transformados en la energía que el organismo necesita. Sin la insulina, la glucosa contenida en la sangre no puede ser utilizada apropiadamente, y en lugar de eso, se concentra en el flujo sanguíneo hasta que alcanza niveles elevados causando graves daños a la salud.

Los sitios de aplicación de la insulina son todos aquellos sectores del cuerpo donde exista una capa de *tejido subcutáneo suficiente* Algunas de estas localizaciones son, por ejemplo, los muslos y nalgas, el abdomen, la porción superior de la espalda y los brazos. Otro aspecto importante es la *rotación de los lugares escogidos* para este procedimiento. No está de más enfatizar este asunto para evitar la formación de nódulos o "chichones" que podrían alterar la absorción (incorporación) de insulina a la circulación sanguínea.

Almacenar la insulina: En el refrigerador, la inyección de insulina fría puede, algunas veces, resultar dolorosa. Para prevenir esto, es necesario sacarla del refrigerador unos minutos antes. Cuando se sienta que tiene la misma temperatura que nuestra mano, proceda a inyectarse. No almacene su insulina a temperaturas extremas, nunca en el congelador o a la luz directa del sol. Todos los frascos de insulina tienen una *fecha de caducidad*. Recuerde siempre revisar la fecha de expiración cuando realice la compra. Si

usted adquiere un frasco de insulina y éste tiene fecha de expiración vencida, devuélvala a la farmacia. En ese caso, el farmacéutico está obligado a cambiarla por otro frasco. Recuerde que antes de usar la insulina debe *agitar suavemente el frasco para homogeneizar* sus componentes, de lo contrario, si lo realiza de manera brusca, la insulina puede perder sus propiedades y quedar inutilizable. Antes de usar cualquier insulina, especialmente si la ha tenido durante mucho tiempo, asegúrese de que luzca normal, si usa insulina R (regular o cristalina) *revise que no haya coloración*, si usa NPH o lenta verifique que no tenga “cristales”. Es normal que la insulina humana N o NPH tenga aspecto lechoso. Si observa alguna anormalidad, devuelva el frasco a la farmacia. Luego de agitar la insulina NPH su aspecto siempre debe lucir homogéneo, y la insulina de acción rápida es absolutamente transparente. Antes de abrir el frasco de insulina revise bien la etiqueta y asegúrese de que sea la que usted necesita. El correcto uso de la insulina, una buena aplicación y cuidado al manipular y utilizar este tipo de tratamientos, asegurará una mayor efectividad y control en el manejo de los pacientes con diabetes.

La presión sanguínea alta, o hipertensión, directamente aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria (ataque al corazón) y de accidente cerebro vascular (embolia cerebral). Cuando la presión sanguínea está alta, las arterias pueden oponer una mayor resistencia al flujo sanguíneo, con lo que al corazón le resulta más difícil hacer que la sangre circule.

El balance de agua y electrolitos: está determinado por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretado, el equilibrio ácido base está determinado por la regulación de la concentración de hidrogeniones en los líquidos del organismo, filtrando y permitiendo su excreción a través de la orina, los riñones cuentan con un *mecanismo de filtración, reabsorción, y excreción*, Diariamente los riñones procesan unos 200 litros de sangre para

Deambulación: Es esencial la deambulación frecuente para reducir el riesgo de infección o trombosis, por otra parte se reduce la posibilidad de que se desarrollen problemas circulatorios y urinarios. También reduce o previene el estreñimiento y favorece la recuperación de las fuerzas.

Fomentar un vínculo afectivo con el recién nacido: Crear vínculos es bastante sencillo, pero no siempre fácil; puede ocurrir, pero igualmente, puede que no ocurra y, por muy extraordinario que parezca, algunos han entendido mal el concepto y lo hicieron parecer

innecesario. Crecer desde la amorosa conexión de corazones que une a los padres con las madres va a ser el punto de partida del nuevo vínculo amoroso que van a tener ellos con los bebés que co-crean. Cuando tiene lugar la concepción los padres dirigen sus pensamientos de forma natural hacia el futuro bebé. Incluso cuando inicialmente están sorprendidos por el embarazo (caso bastante frecuente), normalmente se adaptan con rapidez a la nueva situación, abrazan al bebé emocionalmente, lo celebran y empiezan a organizar sus vidas en función de este gran acontecimiento. Hoy en día es una expresión familiar en todos los idiomas del mundo. Sin embargo, la gente todavía pregunta, «¿qué es?», «¿crear vínculos es un proceso real, verdadero y necesario?» Y finalmente la pregunta práctica: «¿cómo hay que hacerlo?» Crear vínculos es igual de sencillo (y misterioso) e igual de fácil (o difícil) que el amor mismo. Normalmente el amor que sienten los padres hacia sus bebés no supone ningún esfuerzo y es espontáneo, pero, tal como observaron (Klaus y Kennel, 1995, P.75), hace un cuarto de siglo, hay cosas que pueden interferir en esta conexión valiosísima y como resultado la vida puede arrancar en la dirección equivocada. Es un hecho comprobado: algunas madres y padres no desarrollan nunca este esperado apego. En su lugar, afirman sentirse desvinculados de aquel niño en particular a pesar de no saber el motivo. Pueden pasarse años buscando con ansia algún camino para establecer esta conexión de corazones que, de alguna forma, falló al principio.

Los fallos en la creación de vínculos pueden tener verdaderamente consecuencias dolorosas. Una falta inexplicable de intimidad pende sobre su relación diaria como una sombra. Confianza y verdadera amistad parecen cosas imposibles de alcanzar. Por mucho que intenten complacerse unos a otros, siempre los separará un vacío. Otros tipos de daños pueden ser más imperceptibles. Klaus y Kennel descubrieron que las madres separadas de sus bebés por un período de tiempo muy largo después del parto se quedaban con dudas acerca de su situación: ¿de verdad tenían un bebé? El parto parecía más bien un sueño. Dudaban de que el hospital le hubiera dado el bebé correcto.

En madres desvinculadas, la lactancia no tenía tanto éxito o, si se elegía esta posibilidad, el proceso se interrumpía prematuramente.

Estas madres parecían más confusas que seguras de sí mismas y se sentían dudosas a la hora de aprender la rutina del cuidado diario del bebé. En casos más extremos la

irritabilidad y rabia hacia el bebé crecían hasta llegar al abuso infantil: estos bebés de madres desvinculadas presentaban una mayor probabilidad de volver lesionados al hospital. Un estudio de 1994 sobre 8.000 mujeres mostraba que los bebés no deseados tienen un riesgo 2,5 veces mayor de fallecer en los primeros 28 días después del parto. De una forma inexplicable los bebés de las madres desvinculadas pueden no lograr subir de peso o caer enfermos. Durante la última década, en una serie de estudios clínicos en California se descubrió una correlación importante entre los fallos aparentes de vinculación y la frecuencia del asma en los niños. Hechos como éstos demuestran que el vínculo afectivo es una realidad profunda y conlleva una variedad de consecuencias para bien o para mal.

Tal como lo entendemos ahora, el hecho de crear vínculos no se limita a un período determinado. Claramente, el vínculo afectivo puede comenzar de forma contundente desde antes de la concepción o en cualquier momento después, lo que significa que el amor es bienvenido en cualquier época durante el embarazo y, por supuesto, es completamente apropiado en los momentos siguientes al parto, cuando la combinación de las fuerzas fisiológicas y psicológicas son tan beneficiosas. Esta verdad es especialmente importante para los padres que llegan tarde en el proceso de adoptar un bebé. TODAS las partes involucradas en una adopción deberían tener cuidado en proporcionarle amor sincero al bebé lo más temprano posible.

«La idea de los profesionales de que los recién nacidos no tenían capacidad para sentir justificaba el aislamiento de los nidos, la intervención rutinaria durante el parto, la sustitución de la leche materna por la de vaca...»

El aprendizaje y la memoria se complementan una a otra y funcionan mucho antes que las partes del cerebro utilizadas para explicarlas, y así como lo demuestra el estudio de gemelos en el útero, los bebés son capaces de tener una relación fraternal y seguramente tienen la misma capacidad para crear vínculos con un progenitor.

«Los bebés sienten de manera telepática si son deseados y amados o no».

Higiene:

- ✓ Realizar baño de regadera diario
- ✓ Explicarle que los puntos de sutura se retiraran en un periodo de 8 días.

Involución Uterina: La involución uterina comienza una vez expulsada la placenta. El útero sufre los cambios más importantes, porque pasa de un peso aproximado de 1 000 g, inmediatamente después del parto, a 500 gr, a la semana, 300 g a los 15 días y 100 g al mes. De una altura de 36 cm., pasa a 12 cm. después del parto y al Comienzo de la segunda se-mana desciende hacia la pelvis verdadera y no se puede palpar por encima del pubis. El tamaño normal lo alcanza unas 4 a 6 semanas luego del parto, aunque siempre será mayor que el que tenía antes.

Loquios: Orientar a la paciente sobre los cambios que se presentaran en el sangrado trasvaginal después del parto. los llamados “loquios”, que en los primeros 3 días son sanguinolentos (loquia rubra), Adquiere un aspecto más pálido entre el día 4 y 9 (loquia serosa) y un aspecto lechoso entre el día 10 y 14 (loquia alba). Microscópicamente los loquios consisten en eritrocitos, células epiteliales, trozos de deci-dua y bacterias diferentes a las contenidas en la vagina. La duración promedio de la expulsión de loquios es de 4 Semanas, aunque la persistencia de loquios sanguinolentos por más de 2 semanas indica que puede haber retención de porciones placentarias y/o involución Incompleta del sitio placentario.

Reanudación de la menstruación: explicar a la paciente que la menstruación reanudará al cabo de 3 meses aproximadamente, aunque algunas pacientes no menstrúan mientras amamantan a sus hijos. El primer flujo menstrual es a menudo más abundante de lo normal.

- No obstante, es necesario advertir que podrían ovular y volver a embarazarse antes de que se presente el período menstrual, es decir la lactancia materna no es una forma eficaz de anticoncepción.

Nutrición: Explicar la importancia de una alimentación equilibrada, mencionado que sus requerimientos nutricionales se ven aumentados durante el proceso de embarazo y lactancia, haciendo hincapié que debe consumir una mayor cantidad de proteínas disminuyendo la ingesta de carbohidratos y grasas, así como aumentar la cantidad de calcio en la dieta diaria y elevar la ingesta de líquidos. La dieta recomendada debe ser equilibrada de 2500 a 3500 Kcals.

Lactancia materna: Explicar los beneficios y la importancia de la lactancia al seno materno para ella y para su hijo.

Cuidados de los senos:

- ✓ Usar sostén de soporte
- ✓ Signos de alarma(enrojecimiento, dolor)
- ✓ Lubricar el pezón con una gota de leche al terminar de lactar su hija.
- ✓ Lavar senos y pezones únicamente con agua no utilizar jabón
- ✓ Lavarse las manos antes de alimentar al bebe.
- ✓ La lactancia materna favorece el vínculo afectivo entre la madre y el hijo.
- ✓ Lo protege contra enfermedades

Ejercicio:

- ✓ Caminar por lo menos 30 minutos diarios
- ✓ Se recomienda empezar a realizar las actividades cotidianas de manera gradual, siempre apoyándose de sus familiares..
- ✓ No realizar ejercicios de estiramiento, ni de alto impacto.
- ✓ Enseñarle a realizar respiraciones profundas y ejercicios de Kegel.

Eliminación:

- ✓ Ingesta de abundantes líquidos
- ✓ Ingesta de alimentos con alto contenido de fibra
- ✓ Caminar con frecuencia
- ✓ Mencionarle la importancia

Sexualidad: la actividad sexual es segura cuando la secreción vaginal se ha vuelto blanca y escasa, en caso de episiotomía que esta haya sanado (unas tres semanas después del parto) lo ideal es reanudar la actividad sexual a las seis semanas cuando el lecho placentario haya sanado, es importante utilizar jalea lubricante a base de agua por la resequedad vaginal pues el equilibrio del pH no está establecido completamente.

Métodos de planificación familiar: Si alimenta al niño con seno materno exclusivo hasta los 4-6 meses no es necesario hasta ese tiempo, si ofrece formula láctea iniciar método tan pronto como sea posible, se recomienda métodos de barrera o preservativo al iniciar la actividad sexual.

Signos y síntomas de alarma: Informarle acerca de las características de los loquios, la cantidad de sangrado esperado, así como que no deben presentar olor fétido y aumentar en cantidad, decirle que la presencia de fiebre no es normal y que ante cualquier anomalía acudir a valoración al servicio de urgencias, también hacer hincapié en que

no abandone las consultas pos natales ya que en ellas se podrán detectar alteraciones que pudieran evolucionar y provocar deterioro a su salud.

Reposo e inicio de actividad graduada: Planear por lo menos un período de reposo al día, descansar cuando el bebé duerme. La mayoría de las mujeres se sienten totalmente recuperadas y dispuestas para reanudar sus actividades físicas antes de la cuarta semana. Sin embargo el alta laboral debería posponerse hasta terminar el puerperio tardío.

XIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El desarrollo del proceso de atención de enfermería es una herramienta que nos permite, organizar el trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de la persona, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, a través de las cinco etapas que establece el proceso de atención. Sin embargo considero que para lograr que el personal de enfermería brinde cuidados de calidad, debe tener como enfoque un modelo conceptual que guíe su práctica en un sentido humanístico, científico y ético, que garantice la satisfacción de las necesidades de la persona en su vida diaria. En la actualidad existen varios modelos, sin embargo el desarrollado por Virginia Henderson, la cual establece que el hombre está determinado por 14 necesidades funcionales y que considero es el más completo, ya que abarca gran parte de las necesidades requeridas por el ser humano al ver a la persona como un ser biológico, sociocultural, espiritual y emocional, lo que permite un enfoque completo y dirigido a satisfacer las necesidades de la persona. Que con apoyo del proceso de atención de enfermería como base para la práctica enfermera, proporciona una herramienta que permite dirigir los cuidados de forma organizada, sistemática e individualizada, de acuerdo al enfoque básico de cada persona, haciendo posible que el profesional de enfermería responda o actúe de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Durante el desarrollo del proceso de atención a una mujer diabética considera una serie de necesidades especiales, sin embargo estas se incrementan cuando el proceso es aplicado a una mujer diabética, adolescente en estado de puerperio, ya que presenta un riesgo de complicaciones muy alto. Es aquí donde la participación del profesional de enfermería es determinante para la valoración e identificación de las necesidades reales y riesgos potenciales que pueden complicar la evolución de la persona limitando su independencia, por falta de conocimientos, por falta de fuerza o inclusive por falta de voluntad. La importancia de jerarquizar y planificar las intervenciones de enfermería, nos permite orientarles y guiarles acerca de su padecimiento y las medidas de autocuidado, brindando el conocimiento para la identificación y prevención de riesgos, durante el control metabólico, el puerperio y reconocer la importancia de la vinculación con el recién nacido, favoreciendo el bienestar de la persona. Considero que el desarrollo del proceso de atención de enfermería es una oportunidad para reflexionar en el compromiso que tenemos como profesionales de enfermería, donde el cuidado debe ser una razón de ser en el hacer, con un sentido humanístico, reconociendo que somos los únicos profesionales que brindamos cuidados

de vida, porque sabemos lo que hacemos, porque lo hacemos, hacia donde vamos, y sobre todo debemos defender lo que hacemos en la práctica profesional de enfermería. Necesitamos establecer una vinculación mas intima entre el estudiante de enfermería y el profesional que está en el área clínica con el objetivo de intercambiar experiencias, conocimientos y crecer a la par de la evolución histórica de enfermería. Al mismo tiempo, el desarrollo del proceso de atención nos brinda la oportunidad de obtener el título de licenciado en enfermería.

XIV. BIBLIOGRAFÍA.

- 📖 Alfaro-Lefevé Rosalinda. (2005), Aplicación del Proceso Enfermero, Barcelona España, Ed. Masson.
- 📖 Aguirre Bazán Ángel, 1994, Psicología de la Adolescencia, Ed. Marcombo, Barcelona, España.
- 📖 Ann Marriner Tomey. 1999, Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Interamericana. México.
- 📖 Arias Pérez Jaime, 2004, Propedéutica Quirúrgica Editorial Tébar, México.
- 📖 Burroughs Arlene 2002, Enfermería Materno Infantil, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana,
- 📖 Cárdenas, J. Margarita, 2000. “Conceptualización de la Enfermería”, México. ENEO-UNAM.
- 📖 Danforth D.N, 1993, Tratado de Obstetricia y Ginecología, Madrid España, Ed. Interamericana.
- 📖 Díaz del Castillo, 2000. Pediatría Perinatal, México, D.F., Ed. Interamericana,
- 📖 Fernández Ferrin Carmen, 1993, El Proceso de Atención de Enfermería, España, Ed. Masón.
- 📖 Guillamet Lloveras Ana, 1999, Enfermería quirúrgica planes de cuidados, Springer, España
- 📖 Hernández Conesa, 1999, Fundamentos de Enfermería: Teorías y Modelos, Madrid, Ed. McGraw-Hill.
- 📖 <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/enferm.htm> 29 septiembre 2009, 20:00 hrs.
- 📖 Jasso Gutiérrez L, 2000 Neonatología Práctica, Ed. Manual Moderno, México.
- 📖 John. Santrock, 2000, Psicología del desarrollo, “El ciclo vital”, México.
- 📖 Juall Carpenito Lynda, 2006, Planes de Cuidado y Documentación Clínica en Enfermería, Ed. Moyet, México.

- 📖 Legados y tendencias 1907-1997, Memorias, Enfermería universitaria, México, ENEO-UNAM
- 📖 Luis Rodrigo M, 2007 NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones, Ed. Elsevier, México
- 📖 Martínez y Martínez, La Salud del Niño y del Adolescente, México, D.F., Ed. Manual Moderno, 2005.
- 📖 Medina, J.L, 1999, “El cuidado objeto de conocimiento de la enfermería como disciplina” en: La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería, Barcelona, España.
- 📖 Mondragón Castro Héctor, 2000, Ginecoobstetricia para Enfermeras, Ed. Trillas, México.
- 📖 Swearingen Pamela, 2008, Manual de Enfermería Medico Quirúrgica, Ed. Elsevier Mosby, Barcelona España.
- 📖 POSGRADO-UNAM 2006, “Bases teóricas para el cuidado especializado”, antología, Teorías y Modelos de Enfermería, México, ENEO-UNAM
- 📖 Rodríguez S. Bertha A, 2006, Proceso Enfermero Aplicación Actual, Ed. Cuellar, México.
- 📖 Simón M, 2000, Diccionario de la Mujer, México, Ed. Secretaria de Salud, México, D.F.
- 📖 SUA.UNAM.2006, “Problemas Conceptuales desde el Cuidado de Enfermería”, antología de Sociedad, Salud y Enfermería, México, ENEO-UNAM.
- 📖 SUA.UNAM.2008, “Cuidados de enfermería en mujeres con embarazo complicado”, antología de Obstetricia II. México, ENEO-UNAM
- 📄 www.gerontologia.org/portal/.../Guia_Redetes_Adulto_Mayor.pdf Fundación Caritas para el bienestar del adulto mayor, 2005, FUNBAM – México DF. 14 junio 2010, 24.00
- 📄 www.conapo.gob.mx/ Dirección General de Comunicación Social, Boletín de prensa, emitido el 26 de septiembre de 2009. Consulta 15 diciembre 2009, 23:40.
- 📄 www.nursing.umich.edu/.../pender/pender_questions.html Nola J. Pender RN, PhD, FAAN, 4 noviembre 2009 21:33 horas.

- www.scrib.com/...Enfermería como disciplina 7 de mayo 2007, 1 octubre 2009 18:53 hrs.
- Enfermería Ciencia y arte del cuidado, Revista Cubana Enfermería 2006; 22(4).Reflexión y debate. 24 octubre 2009 21:00
- <http://books.google.com.mx/books?id=EFqqQapHRUY&pg=pae+6++enfermeria#v=onepage446>
- www.eneo.unam.mx/ 24 octubre 2009 20:00
- www.enfermeriajw.cl/teoristas/Dorothea.ppt - Similares 24 octubre 09 19:15 hrs

XV. ANEXOS.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN BASADO EN EL MOMENTO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: M.H.V. Edad: 17 años Sexo: Femenino

Ocupación: Hogar Estado Civil: Soltera Religión: Católica.

Escolaridad: 2do de secundaria Domicilio: Tlatiestenango, Morelos Radica en Jojutla, Morelos.

Unidad de salud donde se atiende: Centro de salud Jojutla, Morelos y Hospital Dr. Manuel Gea González.

SIGNOS VITALES:

Respiración: Frecuencia: 21 x' Amplitud: Buena: X Mediana:
Reducida:

Pulso: Frecuencia: 97 x' Ritmo: Regular: X Irregular: Amplitud: Fuerte
Débil Temperatura: 37 °C Tensión arterial: 140/80 mm Hg.

Somatometría: Peso: 60 kg antes del embarazo Talla: 1.55 cm. Índice de Masa
Corporal

Perímetro abdominal: 70 cm.

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No: X Si: Describa:

¿Se expone a humo de leña? Si ¿Fuma?: No X Si ¿Cuántos cigarros al día?

¿Convive con fumadores? No: X Si ¿Convive con aves? No Si X ¿Tiene la
sensación de que le falta el aire cuando camina? No X Si ¿Tiene la sensación de
que le falta el aire al subir escaleras? No Si X

¿Su casa esta ventilada? No Si X ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que
contamine en la cercanía de su casa? No X Si ¿Tiene familiares con problemas
para respirar? No X Si ¿Le han diagnosticado hipertensión? No X Si ¿Tiene

problemas cardiacos? No X Si ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No X Si ¿Toma algún medicamento? No SI X Especifique: se administra Insulina
Explore:

Región cardiopulmonar: Limpios y bien ventilados

Dificultad respiratoria: No x Si Fatiga: No x

Tos: Si No X Expectoración: No X Si Coloración de piel: adecuado

Llenado capilar: 2 a 3 segundos.

Observaciones: no se encuentra alguna alteración.

2.- Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?

leche, pan. Huevo

Cantidades en raciones: una taza y 1 a 2 piezas de pan

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?

Pollo, frijoles, arroz, tortillas, verduras 2 veces a la semana.

Cantidades en raciones: una pieza de pollo, un plato de verduras tortillas (5) al día pan en la mañana y en la tarde.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena?

Una porción de lo que comió

Cantidades en raciones: una taza

¿Come entre comidas? No Si x ¿En donde acostumbra comer? Su casa

¿Con quién acostumbra comer? Con su papá.

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No Si x

¿Por qué? Conocedora de ser diabética, no se cuida ¿Cuáles son los alimentos que le agrada? todos ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Embutidos

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No

X Si

¿Por qué? Mastica despacio ¿Tiene dentadura completa? No Si X ¿Usa prótesis? No X Si ¿Tiene problemas con su peso? No Si: X ¿Por qué? Tiene 8

kilos de más ¿Considera que tiene una adecuada digestión de los alimentos? No X Si ¿Por qué? Hay un riesgo de que tenga estreñimiento.

¿Cantidades en raciones?

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 6 ¿Acostumbra a tomar refrescos? No

Si X Cantidad 1 vaso al día ¿Acostumbra a tomar café? No Si X

¿Acostumbra tomar alcohol? No X Si ¿Toma suplementos alimenticios?

No Si ahora por el embarazo X

Explore:

Cavidad Oral: Cavidad oral hidratada, sin presencia de caries dental, lengua en línea media, rugosa, sin lesiones, con buena coloración, sin halitosis. Labios hidratados y reflejo nauseoso presente.

Región abdominal: Blando, globoso y depresible, se percibe línea de alba, con presencia de herida quirúrgica con dolor +++ a la palpación, peristalsis disminuida. Posterior al parto: buena involución uterina, se identifica la altura del fondo uterino 2 dedos por debajo de la cicatriz umbilical y el útero se palpa firme, presencia de entuertos.

3. Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? 1 ó 2 ¿Presenta esfuerzo para defecar? No Si x
¿Tienen dolor anal al evacuar? No X Si ¿Tiene dolor abdominal al evacuar? No:
X Si ¿Especifique características del dolor? ¿Presenta flatulencias? No Si X
¿Tiene tenesmo? No X Si ¿Tiene meteorismo? No Si x ¿Tiene incontinencia?
No X Si ¿Tiene purito? No X Si ¿Tiene hemorroides? No X Si ¿Cuándo
presenta problemas para evacuar que recursos utiliza? Se hace un té de ciruela
pasa. ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? No comer grasa ni irritantes. ¿Qué
hábitos le dificultan la evacuación? Ingesta de alimentos condimentado
¿Características tiene la evacuación? Está formada y dura ¿Cuántas veces orina
al día? 3 o 4 veces. al día ¿De qué color es su orina? Amarilla ¿Qué olor tiene su
orina? concentrada ¿Tiene disuria? No X Si ¿Tiene poliuria? No Si x ¿Tiene
nicturia? No Si x ¿Tiene retención de orina? No X Si ¿Tiene urgencia para
orinar? No X Si ¿Tiene urgencia para orinar? No X Si ¿Qué recursos utiliza
cuando tiene infección de vía urinaria? Acude al médico ¿Usted suda? No X Si
¿Cómo es su sudoración? Normal ¿Bajo qué condiciones suda? solamente
cuando hace ejercicio..

¿Fecha de la última menstruación? 25 Junio 2008. ¿Cada cuando menstrua?
Irregular ¿Cuántos días dura su menstruación? 4 días ¿Tiene dismenorrea? No
X Si ¿Tiene pérdidas intermenstruales? No X Si ¿Tiene flujo vaginal? No Si x
¿Qué característica tiene? Café ¿Qué hace para controlar la dismenorrea?

Explore región abdominal y fosas renales: Abdomen globoso a expensas de
distensión de asas intestinales, hemiabdomen inferior no se palpa crecimiento
uterino ni masas adyacentes, puntos uretrales negativos en fosas renales sin
alteraciones, jordano negativo.

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No Si x Especifique:
Refiere dolor en miembro p3lvico derecho, posterior al bloqueo epidural.

¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No Si X

¿C3mo? No puede iniciar la deambulaci3n oportunamente en el puerperio mediat

¿Tiene dificultad para moverse en la cama? No Si X ¿Tiene dificultad para

levantarse? No Si X ¿Tiene dificultad para sentarse? No Si X

¿Qu3 apoyos utiliza para desplazarse? Tratan de ayudarme a sentar por ahora.

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si X ¿Cual? Sostenerme

¿Cu3l es la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? Sentada ¿Cu3ntas

horas al d3a pasa usted en esa postura? 8 Horas ¿En alg3n momento del d3a

tiene dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas o presencia de

temblores? No X Si Especifique cuales: Ninguno

¿En alg3n momento presenta movimientos involuntarios? No X Si Describa
como son:

¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? No Si x

Describa como es: La fuerza de mi pierna derecha no soporta mi peso.

¿En el transcurso del d3a presenta edema, ardor, comez3n o hematomas en

alguna parte del cuerpo? No X Si Describa que presenta: ¿En alg3n momento

presenta mareos, p3rdida del equilibrio o desorientaci3n? No X Si ¿Describa que

presenta? ¿Realiza usted una actividad f3sica? No X Si ¿Cu3l?

¿Qu3 tiempo le dedica a la semana? Horas.

- Explore: postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: ligeramente, se exploran extremidades con chasquido articulaci3n de rodilla, tono y fuerza, presente, reflejo osteotendinoso presente.

Observaciones:

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el d3a? No Si X ¿C3mo? Se recuesta una hora en el
d3a. Despu3s de descansar ¿C3mo se siente? Muy bien

¿Cu3ntas horas duerme habitualmente? 9 ¿Tiene dificultad para conciliar el

sueño? No x Si ¿Se despierta f3cilmente? No Si X ¿Tiene sueño agitado? No:

X Si ¿Tiene pesadillas? No X Si ¿tiene nerviosismo? No x Si ¿se levanta

durante la noche? No X Si ¿Por qu3? ¿El lugar que usted utiliza

favorece su sueño? No Si x ¿Por qu3? ¿Acostumbra tomar siesta? No Si: X

¿Qu3 hora habitualmente utiliza? Tarde ¿Cu3les son sus h3bitos para conciliar el

sueño? Ninguno

Explore: (orejas, atención. Bostezo, concentración, actitud de desengaño, cansancio, adinamia).

Observaciones: Consiente, orientada, alerta cooperadora con presencia de ojeras y bostezos continuos.

6. Vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? No Si: X ¿Utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando hace frio? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada cuando hace calor? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? No X Si ¿Utiliza ropa adecuada que le permita la libertad de movimiento? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada a su edad? No Si X ¿Utiliza ropa que permite expresar sus sentimientos? No Si X ¿La ropa usted la elige? No Si X ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No Si X ¿Es capaz de elegir su ropa? No Si X
Explore: (características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño): Ropa de hospital limpia y seca.

Observaciones:

7. Termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No: X hipotermia hipertermia Bajo qué condicione ¿Qué medidas toma para controlarla? ¿Sabe cómo medirla? No
Explore: Signos y síntomas relacionados

Observación: la temperatura corporal se encuentra sin alteraciones.

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? Especificar: todos los días ¿Cada cuando lava su cabello? Especificar diario Después del baño ¿El cambio de ropa es? Parcial Total: X ¿Cada cuando lava sus manos? P.R.N.
¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas de pies y manos? Ocasional
¿Cada cuando cepilla sus dientes? 1 vez al día ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No X Si ¿Utiliza prótesis dental? No X Si ¿Cada cuando lo usa?
¿Cuándo hizo la última visita al Dentista? Hace 1 año ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No X Si ¿Por qué? Se puede valer por sí misma.

Explore: (Estado de la piel y mucosas, Cavidad bucal, limpieza, coloración, textura, estado de hidratación y presencia de lesiones, caries).

Mucosas orales hidratadas, coloración rosada.

Observación: faringe con ligera hiperemia

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo Si X No , Toxoide Diftérico Si No x
Toxoide tetánico Si X No Hepatitis Si No X Neumococcica Si No: X
Influenza, Si X No Rubéola Sarampión Si X No Otra Revisiones periódicas en el último año: Control prenatal.

Exploración prostática Si No x Resultado Mamografía Si x No Resultado Papanicolaou No Si X Resultado Normal Protección contra infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) Si No x

Seguimiento del plan terapéutico prescrito Si No Automedicación Si No

Nombre del medicamento: ¿Consumo de drogas de uso no medico? Si No

¿Cuál? Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad Si No Uso de

pasamanos Si X No Uso de andaderas Si No X Uso de lentes de protección Si

No X Aparatos protectores para la audición Si No X Bastón Si No X

Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve y se siente físicamente? Bien

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si X No

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si X No ¿Es capaz de dar

mantener su seguridad física? Si X No ¿Cuenta con las medidas de seguridad?

En el trabajo: Si No ¿Las utiliza? Si No Casa Si No ¿Las utiliza? Si No

Otros Si No ¿Cuáles?

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? Si x No ¿Cuál es la causa?

Le preocupa su situación actual, derivado que nadie la apoya económica y la cirugía le va a limitar iniciar sus actividades laborales de manera inmediata, así como cuidar al bebe.

10. Comunicación

Idioma materno: Castellano ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que impida comunicarse eficientemente? No x Si

¿En cuál? Vista Oído Olfato Gusto Tacto

¿Afectación verbal? No X Si Tipo: Tipo de carácter: tranquila.

Auto percepción: Optimista X Pesimista Realista X Introverso

Extroverso Otro

¿Tiene dificultad para? Comprender Si No X Aprender Si No X

Concentrarse: Si No X Lectoescritura: Si No X Elementos socioculturales que afectan su comunicación: Lenguaje y modelos de expresión Si No X Costumbres y expectativas Si No X Relación de pareja Si No X
Explore: (Características del lenguaje verbal, cambio de expresión verbal, humor, apoyos y estado de conciencia).

Observación: No cuenta con el apoyo de su pareja, debido a que la abandono cuando se entero que estaba embarazada.

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para su salud en la vida? Estudiar una carrera.

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes?

¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre Sí, tengo la oportunidad les ayudo.

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Tengo mis dudas.

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? Sí, se que Dios está conmigo y es el que me va ayudar a salir adelante.

Explore datos subjetivos:

Observe coherencia entre lo que la persona dice, cree o práctica y lo que realmente hace: Ejemplo

Lee con frecuencia: No

Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros. Sí en su casa, practicas de oración y rezos

¿Al hablar expresa petición u oraciones en voz alta a Dios o algún santo? casi siempre.

Dice ser ateo no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias

Solicita la presencia de Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: sus creencias y valores está bien establecidas, en la fe católica

12. Trabaja y realización

¿Trabaja actualmente? Si No ¿Es estudiante? Si No X ¿Tiene una ocupación no remunerada? Si No X ¿Es desempleado? Si No X ¿Porqué? ¿Está jubilado o pensionado? No Si

¿Tiene alguna Incapacidad? No Si ¿Su incapacidad es temporal? No X Si

¿Qué tipo de incapacidad tiene? Ninguna ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No X Si ¿De qué tipo? ¿A qué atribuye Usted este nivel de dependencia? ¿Cómo considera su estado emocional? Estable

¿Cómo considera su integración social? adecuada
¿Cómo considera que es su integración social? Hay armonía en su familia
¿Es capaz de realizar actividad normal? Si x No ¿Puede trabajar? Si No X
¿Necesita algún cuidado especial? Si X No ¿Cuál? Le ayuden a movilizarse
¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? Si X No ¿Cuál?
Movilizarse fuera de la cama
¿Requiere asistencia hospitalaria, institución o equivalente? Si X No
¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Casi siempre
¿A que lo atribuye? A su persistencia.
¿Cuáles son sus metas de vida? Estabilizarse económicamente y lograr una carrera
Explore: (actitud) tranquila y paciente.
Observación: la persona está contenta con su familia y con ella misma.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra Usted con ánimo de reír y divertirse?
Nunca Pocas veces Casi siempre X
Siempre X ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? La sonrisa alivia las penas
¿Qué actividades recreativas acostumbran realizar Usted para divertirse? Cine y Teatro Lectura TV Música X Baile Fiestas Reuniones con amistades y familiares X Otra
¿Con que frecuencia tiene Usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca Casi siempre ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No X Si ¿Qué medicamento le indicaron?
¿Actualmente tiene usted esta enfermedad? No X Si

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No Si x
¿Por qué? Necesito saber cómo cuidarme de mi diabetes, y cómo aprender a cuidar a mi hijo
¿Cómo considera Usted que es su capacidad de aprender? bueno
Me gusta aprender y me resulta fácil. Regular X Casi no me cuesta trabajo No me cuesta ningún trabajo ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura Sus semejantes Televisión X Radio X Cursos Conferencias ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Si X No ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Si X No

Explore: (Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad). Tiene deseos de vivir, pero no de aprender, el aprendizaje nos menciona viene con la experiencia y a mis años tengo mucha.