



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA
IMPORTANCIA DEL CUIDADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE
EN LA ETAPA DEL PUERPERIO

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ELVIA MARIA DE LOS ANGELES HERNANDEZ ORTIZ

No de cuenta 07851027-6

DIRECTORA DEL TRABAJO

L.E.CATALINA MENDOZA COLORADO

MÉXICO.D.F. NOVIEMBRE 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.

Dedicatorias.

*-A mi madre que aunque ya no está conmigo
me enseñó a tener vocación en mi trabajo y a
desempeñarla siempre dando lo mejor de mi misma
gracias a ti soy una enfermera feliz de realizar su trabajo.*

“GRACIAS MAMITA DONDE ESTES”.

-A mi adorado hijo, que siempre ha sido el motivo de mi vida.

“TE ADORO HIJITO Y GRACIAS POR LAS PALABRAS QUE ME DISTE”

Agradecimientos

- En primer lugar a Dios por ser mi guía para seguir delante
permitiendo cumplir un sueño, dándome la fortaleza
suficiente para concluir mis estudios.*
- A mis maestros por su paciencia, comprensión y enseñanza,
especialmente a mi profe. CATY por su excelente asesoría.*
- A mí adorada escuela que tanto quiero y me hizo crecer
como profesional, como persona, pero sobre todo que me
enseñó a desempeñar mi trabajo con calidad humana.*

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III OBJETIVOS	
General.....	8
Específicos.....	8
IV. METODOLOGÍA	
4.1.-Desarrollo metodológico de la elaboración del trabajo.....	9
V. MARCO TEÓRICO	
5.1.-Antecedentes Históricos de Enfermería.....	10
5.2.-Concepto de Enfermería.....	12
5.3.-La razón de la práctica de ser de Enfermería.....	13
5.4.-Filosofía de Enfermería.....	13
5.5.-Metaparadigma de enfermería.....	14
VI .CUIDADO	
6.1.- Antecedentes Históricos del Cuidado.....	17
6.2.- Generalidades del cuidado.....	18
VII.-ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
7.1- Antecedentes Históricos del Proceso.....	22
7.2 Características del Proceso.....	23
7.3 Valoración.....	23
7.4- Diagnostico de enfermería.....	25
7.5- Planeación.....	26
7.6- Ejecución.....	26
7.7.-Evaluación.....	27
VIII-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
8.1.-Generalidades del modelo de Virginia Henderson.....	29
8.2.-Afirmaciones teóricas.....	32
8.3.-Independencia y dependencia.....	34
IX.- DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	
9.1.-Presentacion del caso clínico.....	35
9.2.-Jerarquización de necesidades y diagnósticos.....	37
9.3.-Plan de cuidados basado en las necesidades de Virginia Henderson.....	38
X.- PLAN DE ALTA.....	53
XI.-CONCLUSIONES.....	57

XII-SUGERENCIAS.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
GLOSARIO.....	63
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería, desde la década de los 90's en México se ha desarrollado de una forma asombrosa, los conocimientos y las técnicas, han experimentado un proceso considerable, exigiendo la implementación de importantes recursos, entre ellos destacan la necesidad primordial del aprendizaje dentro de nuestra práctica laboral como una reafirmación y/o actualización de los conocimientos adquiridos durante la fase de desarrollo teórico.

Es importante destacar que el profesional de enfermería es una fuerza humana de primer orden, en la atención directa al paciente. Sus competencias y responsabilidades abarcan todas las esferas que giran alrededor de la persona, su familia y comunidad.

De tal manera que el personal de enfermería debe estar al a vanguardia y tener la habilidad de llevar acabo el proceso de enfermería.

Siempre recordando que el proceso de enfermería es el sistema rector de la práctica de la enfermería, ya que através de este, el cuidado de enfermería se fundamenta y el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos, y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales.

El presente proceso se realizo en una paciente primigesta adolescente de 17 años, con embarazo de 40 SDG, fue atendida en el Hospital Materno Infantil "Magdalena Contreras" por parto eutócico se detectan necesidades en la paciente durante su estancia en el servicio de puerperio fisiológico, identificando alteraciones en su estado emocional y grado de dependencia en el cuidado de ella y su recién nacido, lo que requiere de apoyo y enseñanza para su auto cuidado y el de su bebe. Por lo que se decide realizar el Proceso de Atención de Enfermería para proporcionarle los cuidados en sus necesidades detectadas, cuidados que contribuyan a la satisfacción de las necesidades afectadas, durante su hospitalización y a las que sean susceptibles de afectarse el reintegrarse a su núcleo familiar

La aplicación de este proceso de atención en una mujer adolescente es de suma importancia, ya que por su situación fisiológica podremos encontrar alteraciones, emocionales, y falta de conocimiento para desempeñar su rol materno por ser una madre primigesta, por lo tanto la aplicación del proceso enfermero permite brindar cuidados de manera organizada y sistemática, permitiendo a la enfermera realizar un juicio clínico y tomar las decisiones de manera integral, en la paciente y familia. con el compromiso ético y social que corresponde a un profesional de la salud, y que no debe perder de vista al proporcionar el cuidado a través del proceso enfermero, aplicando la teoría de Virginia Henderson.

Es por esto que surge la inquietud de realizar este trabajo con base en el modelo de Virginia Henderson, se realizo la valoración directa e indirecta a través del instrumento (anexo 1) para la recolección datos, interrogación de la paciente, la revisión física se realizo por medio de la exploración, auscultación, palpación e inspección, se analizaron los datos obtenidos y se detectan los problemas, reales y potenciales además de sus causas y mediante el análisis de estos datos se estructuran los diagnósticos de enfermería jerarquizando las necesidades detectadas, se aplico el cuidado específico en cada una de las necesidades alteradas, según el grado de dependencia, con el enfoque del modelo de Virginia Henderson, contemplando las 14 necesidades se realizo en cada una de ellas la evaluación correspondiente así como el apoyo documental, se realizo una evaluación y por ultimo se presentan las conclusiones en función de los logros obtenidos en la satisfacción de necesidades.

JUSTIFICACION

Se selecciona el modelo de Virginia Henderson para la realización del proceso, porque parte de las necesidades humanas en cualquier etapa de la vida de la persona sana o enferma.

Tomando en cuenta que la actitud profesional de la enfermera, es de relevante importancia en la asistencia a la futura madre, y considerando que toda la atención y cuidado, pudo ser realizado, asociado a la utilización de los cuidados de enfermería adecuados para disminuir la tensión y el dolor, teniendo en vista las relaciones interpersonales en la interacción entre la enfermera, la paciente y la familia, con la aplicación del cuidado de enfermería, principalmente por ser madre primigesta con desconocimiento del parto, puerperio y atención de su bebe.

Para la paciente es benéfica la aplicación del proceso atención enfermero ya que se utiliza en forma individualizada, cada paciente es diferente y no reacciona de la misma forma que los demás ante determinadas situaciones o enfermedades, se debe realizar una historia clínica de enfermería y en base a esta vamos a detectar cada una de las necesidades de la paciente y al mismo tiempo vamos a conocerla más por medio de la interrogación, así mismo la paciente se sentirá reconfortada y con más confianza al percatarse que estamos preocupados por su bienestar, y con el objetivo principal de satisfacer sus necesidades afectadas.

III. OBJETIVOS

3.1.-OBJETIVO GENERAL

Analizar y poner en práctica los elementos metodológicos del Proceso de Atención de Enfermería incorporando los aspectos conceptuales de Virginia Henderson para ayudar a la paciente a desarrollar las habilidades y actitudes que la lleven a satisfacer sus necesidades, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

3.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

3.2.1.- Identificar las necesidades afectadas y el grado de dependencia que tiene, así como las causas de dificultad y los problemas que originan o afectan dichas necesidades.

3.2.2.-Llevar a cabo un análisis de los datos obtenidos para establecer los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo o de salud.

3.2.3.-Elaborar un plan de cuidados que nos permita definir la intervenciones de enfermería (ayuda, suplencia, aprendizaje o acompañamiento emocional) encaminadas a mejorar el estado actual de la paciente.

3.2.4.-Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería en función al logro de la satisfacción de las necesidades y utilización de sus capacidades (independencia).

IV. METODOLOGIA

4.1 Desarrollo metodológico de la elaboración del trabajo

Para la realización del presente proceso de atención de enfermería se realizó una revisión bibliográfica de los elementos que constituyen el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson en el hospital de maternidad Magdalena Contreras durante tres días, en el periodo de práctica clínica de puerperio fisiológico en octubre del 2010 en el turno matutino.

Madre adolescente de 17 años, cursa un puerperio inmediato, con presencia de picos febriles, hospitalizada en el servicio de alojamiento conjunto.

El interés del presente estudio surgió por el contacto directo de la paciente desde su ingreso a la sala de expulsión en la unidad toco quirúrgica, y se seleccionó por encontrar alteración de su estado emocional ,(anexo2) grado de dependencia de la persona y el rol de acompañamiento por parte de enfermería que se brindó, observándose en la persona alteraciones de falta de fuerza y de conocimientos, para la realización de este proceso fue con previo consentimiento de la paciente para brindarle cuidados, a través de la metodología del proceso de atención de enfermería aplicando las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Para la elaboración de los diagnósticos se aplicó la taxonomía de la (NANDA), Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería. Para realizar la valoración se aplicó el instrumento valoración de las necesidades de Refugio (anexo1), obteniendo la información de manera directa (interrogatorio e indirecta (expediente clínico, interrogatorio, bibliografía, electrónica), se identificaron las necesidades alteradas, se aplicó el plan de atención, se realizó la evaluación y plan de alta.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.

Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares.

Para comprender la historia de la práctica de la enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños y se ha tenido que coexistir con este tipo de cuidado desde los tiempos remotos.

Por desgracia el origen de la enfermera como madre perpetuó la idea de que la enfermería sólo podía ser ejercida por mujeres.

El cuidado de enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidas, junto con la promoción de la salud, se convirtió con el tiempo, en un componente vital de la enfermería como concepto global.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros ingredientes esenciales: habilidad, experiencia y conocimientos,

En la enfermería se han presentado cambios trascendentes a lo largo del siglo XX, El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías han acrecentado la responsabilidad del personal de enfermería.

Antes de la década de los años treinta, la enfermería incluía una gran variedad de tareas que tenían que ver con la profesión, como fregar piso, llevar bandejas y limpiar el equipo, además del cuidado rutinario de los pacientes.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud. Las funciones de la enfermera ya incluían otros procesos tales como., determinación de la presión arterial, aspiración, administración de oxígeno, ayuda en las transfusiones, inyección de medicamentos y otras técnicas más sofisticadas.

Enfermería también incluía colaboración en los quirófanos y en salas de parto.

En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Los cuidados de enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales siendo continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar recaídas y nuevas enfermedades.

Hasta los años setenta empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente (enfoque holístico) con la aparición de la enfermera primaria, la cual es la responsable del cuidado integral del paciente durante todo su periodo de hospitalización, 24 horas al día, 7 días por semana. Cuando una enfermera primaria no se encuentra presente, una enfermera asociada sigue el plan de cuidados.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería (la profesionalización), los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y el entorno son difíciles. (falta de personal, prácticas peligrosas, bajos salarios, imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones) que impiden proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad.

Actualmente, las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos que al mismo tiempo han multiplicado el alcance de sus responsabilidades.

Sin embargo se seguirá haciendo frente a los retos del futuro como los identificara Florence Nightingale: "recordemos que apenas hemos cruzado el umbral de la civilización incivilizada en la enfermería: todavía queda tanto que hacer. Todavía estamos en el umbral de la enfermería."¹

¹ [Html.rincondelvago.com/historia-de-la-enfermeria.html](http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-enfermeria.html) Consultado octubre del 2009.

5.2 Concepto de Enfermería

Hay muchas definiciones y descripciones de la Enfermería, pero su esencia es cuidar y preocuparse de las personas como seres holísticos en materias relacionadas con la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, el restablecimiento de la salud y la muerte²

Para Virginia Henderson el concepto de enfermería es:

“La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

ENFERMERÍA "es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la Enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud"³.

La ENFERMERÍA "es el arte hecho ciencia de cuidar a un ser humano"⁴

² Castro Sánchez-Flores Rangel,(2000:19) Enfermería Geriátrica.ProcesoEnfermero,Alianza 3Grupo editorial, México 2006.pag.27

³ Grispum. Doris (1992) "Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico", en Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, México.

⁴ Gaceta Fundación Lamb,A.C.Año 1 Nov.2006 pag.16

5.3 La Razón de la Práctica de ser de Enfermería

"Ofrecer los cuidados esenciales, universalmente accesibles a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad por medios aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país"

Gotner (1983), señala que la Disciplina Enfermera es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comporta mentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de salud.

5.4 Filosofía de la Enfermería

La filosofía es, en términos generales, una reflexión metódica que expresa la articulación del conocimiento, las posibilidades y límites de la existencia y modos de ser. Por lo que, como enfermeras, se valora nuestro compromiso de establecer y mantener un estándar excepcional de atención médica individualizada y empatía hacia todos nuestros clientes, dondequiera que los encontremos, a lo largo de la vida. Como equipo de atención médica profesional, procuraremos responder a las necesidades de los pacientes, sus familiares y demás seres queridos. En asociación con ellos y con nuestros colegas interdisciplinarios, procuraremos el potencial óptimo de nos salud de cada persona, mediante la adopción de prácticas y valores que nos permitan alcanzar esta meta.

Aceptamos a los pacientes, sus familias y demás seres queridos, así como al equipo de atención médica, sin tener en cuenta sus diferencias socioeconómicas, culturales, religiosas o de antecedentes. Este valor constituye el cimiento de nuestra vocación de empatía, apoyo, confianza y esmero mutuo. Sabemos que podemos lograr nuestras metas si trabajamos como un equipo unido, en una atmósfera de sensibilidad hacia todos aquellos cuyas vidas tocamos.

Como enfermeros interesados en la atención médica y los servicios holísticos, valoramos la importancia de generar iniciativas de desarrollo profesional y personal que nos ayuden a seguir siendo competentes, a fin de atender, de manera segura y efectiva, a nuestros pacientes, sus familias y demás seres queridos. Este proceso educativo nos permitirá ofrecer a nuestros clientes un ambiente donde encuentre un nivel óptimo de prevención, recuperación, rehabilitación, educación o, en última instancia, una muerte digna.

Como profesionales y defensores del paciente, asumimos nuestra responsabilidad, damos cuenta de nuestro ejercicio profesional y nos comprometemos a ofrecer atención médica de calidad. Para lograrlo, seremos ejemplo al adaptarnos a los más altos estándares de ejercicio profesional en la atención diaria de nuestros pacientes.

Para asegurar la calidad, seremos proactivos y pondremos en marcha iniciativas que promuevan y preserven este nivel de atención.

Daremos prioridad a satisfacer y escuchar con sensibilidad las necesidades que nos expresen nuestros compañeros, y estaremos dispuestos a responder y ofrecerles un ambiente de apoyo donde se nos haga más fácil compartir. Nos ayudaremos mutuamente a equilibrar nuestras responsabilidades personales y profesionales, y a dar el ejemplo al comportarnos de tal manera que promovamos la salud, el bienestar y la productividad en nuestro papel de encargados del cuidado de la salud.

Los tres puntos más importantes son .El conocimiento, los valores y el ser.⁵

5.5 Metaparadigma de Enfermería

Los conceptos fundamentales del Metaparadigma de enfermería que guían el pensamiento teórico de la misma son: PERSONA, ENTORNO, ENFERMERÍA Y SALUD. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969).

El primer elemento es ENFERMERÍA, la cual se concibe como una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice todas sus capacidades y potencialidades para la vida⁶. Enfermería cuida la vida y la salud en el proceso vital humano y por esto se encuentra en una situación privilegiada para incidir en el Proceso Salud Enfermedad del individuo, familia o comunidad.

La disciplina de ENFERMERÍA ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes del pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos.

La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de la ciencia de ENFERMERÍA.

SALUD Es el segundo elemento, y esta no puede ser definida ni universal ni estáticamente. Es la armoniosa interacción entre la persona y el entorno⁷. La salud es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta porque es inseparable del medio ambiente social y ecológico de la comunidad. En su concepción hay que considerar

⁵ www.com/publicaciones/EEZVVEVu/tpkelHtp.reflexiones sobre la filosofía, educación y practica de de enfermería. Consultado agosto 2010.

⁶ Guillen V Rocío del Carmen. Enfoque conceptual de Enfermería, en <http://www//cexpe.iztacla.unam.mx>.Mexico, 2007.Consultado diciembre 2007.

⁷ Óp. Cit. Guillen V Rocío del Carmen

los siguientes componentes e tipo psicó-ecológico social (adaptación biológica, mental y social de la persona).

La salud no es solamente lo opuesto a enfermedad: este concepto significa igualmente "la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos"⁸ (orientación hacia la salud pública). Por todo lo anterior, la salud se tiene que entender en el sentido de la colectividad, pues se relaciona con las estructuras socioeconómicas, con el sistema de producción y consumo, con el nivel y estilos de vida de los grupos sociales, y evidentemente, con el grado de instrucción de cada persona y su participación en la comunidad determina desde el bienestar hasta la enfermedad terminal y la muerte.

La salud se concibe como una experiencia que engloba la unidad del ser humano entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad, la salud "se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular"(Martin, 1984, pag.9)

PERSONA.- Esta se considera única y particular, es quien determina sus necesidades y problemas, los cuales constituyen el punto de referencia del cuidado de enfermería.

La persona posee un cuerpo y un espíritu que le son propios y le pertenecen como ninguna otra cosa. Es un ser que conoce y un espíritu que piensa, determinando por su libre albedrío, los elementos a través de los cuales alcance su plena realización, de ahí que sea ella misma, el mejor instrumento para desplegar sus cuidados, conocer y decidir como cuidarse, por lo que a la enfermera le compete impulsar el hacer de la persona.

Desde la filosofía de los cuidados primarios de salud (Colliere, 1980), la PERSONA es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único es indisociable de su universo.

PERSONA, orientada a la Salud Pública es un todo que posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual que tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.

En el concepto orientado hacia la misma, PERSONA es un todo formado por la suma de sus partes que están interrelacionadas (ser bio-psico-social-cultural espiritual) que participa en sus cuidados.

Orientada hacia la apertura al mundo, la PERSONA es un todo indivisible mayor que la, suma de sus partes y diferente de esta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio y que orienta los cuidados según sus prioridades.⁹

Al referirnos a la persona, se entiende que pueden ser el individuo, familia, comunidad y otros grupos.

⁸ Nightingale,(1985) traducción libre .pag.1043

⁹ Pacheco A. Ana Laura, Antología Sociedad, Salud y Enfermería UNAM, E mayo 2005, México

ENTORNO.- es el elemento concebido como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivos, que influye sobre la vida y el comportamiento de individuo, de tal manera que éste representa para el individuo su espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en otro momento.

Desde la orientación hacia la Salud Pública, el ENTORNO está compuesto por elementos externos a la persona, que pueden ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.

En su orientación hacia la enfermedad, el ENTORNO se separa de la persona, se define en sus aspectos físico, social y cultural, es percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.

El potencial de la persona es reconocido junto con la actividad enfermera, fundamentales para el cambio del entorno, teniendo por objeto, la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Persona y Entorno mantienen una relación de interdependencia ya que aquí se ven contemplados los hechos físicos que irrumpen en el ambiente psicológico que se relacionan con la estructura interna de la persona, influyendo en sus relaciones y en su comportamiento. Al ser la persona y el entorno interdependientes, provocan una relación dialéctica en la cual la persona determina el entorno y a su vez el entorno la determina y ambos son concluyentes de la salud."¹⁰

Enfermería en su quehacer de cuidar, no puede obviar que el entorno es su elemento básico imprescindible e indivisible para llevar a cabo su Proceso de Enfermería y evaluar su práctica cuidadora; El entorno considera entornos físicos en donde se desarrolla la persona, como el hogar, la escuela, centros de trabajo, hospitales etc.

Si las enfermeras/os parten de estos cuatro elementos conceptuales; que hacen la base del conocimiento enfermero, es más fácil ubicarse en la naturaleza del quehacer profesional en sus diferentes escenarios y cuidar a la persona sana o enferma superando el enfoque biologista manejado hasta la fecha, obligando a revisar, entre otras cuestiones, la historia de los ambientes de la humanidad.¹¹

¹⁰ Guillen de Rocío Óp. Cit. 117

¹¹ Guillen V Rocío del Carmen. Óp. Cit.

VI CUIDADO

6.1 Antecedentes Históricos del Cuidado

La historia de los cuidados, que comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo, que los etnopaleontólogos remontan a cinco o seis millones de años. Junto con la alimentación a la cual está ligada, la aplicación de cuidados es sin duda la práctica más antigua de la historia del mundo.

Desde el comienzo de la vida, 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 y por encima de todo, PERMITIR QUE LA VIDA CONTINÚE Y SE DESARROLLE y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Durante millones (le años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para 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: EL MAL (que produce malestar) y DEL BIEN (es decir, todo aquello que hace vivir).

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad: 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 alimentos, protección contra las inclemencias del frío o calor.

Asegurar la supervivencia era -y sigue siendo- un hecho cotidiano, de ahí una de las mas antiguas expresiones de la historia del mundo: CUIDAR DE. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Todavía, actualmente, ésta expresión corriente, CUIDAR DE, OCUPARSE DE, transmite el sentido inicial y original de la palabra CUIDADO.

La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica ejercida por mujeres en el sentido hospitalario y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse "cuidados de enfermería".

La necesidad de poner de manifiesto las corrientes de influencia de los cuidados mostrados como una actividad predominantemente de hombres o de mujeres, es porque parece que hasta hoy se hubiera hecho poca diferenciación entre el origen del «nursing» y el de lo que dará lugar a la enfermería que más tarde se denominará "CUIDADOS DE ENFERMERÍA", sin tener en consideración la diferente naturaleza,

concepción y técnica de los cuidados proporcionados por hombres y los aplicados por mujeres.

6.2 Generalidades del Cuidado

Junto con el progreso en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. La Enfermería “necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función *cuidadora*, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar *los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios*”.¹² Un reconocimiento del valor del cuidado humano en Enfermería surge desde siempre y enriquece el cuidado actual. La enfermera puede realizar acciones hacia un paciente sin sentido de tarea por cumplir o de obligación moral siendo una enfermera ética. Pero puede ser falso decir que ella ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: el espíritu de la persona. Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

“Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería”.¹³

¹² Marriner. Tomey. Ann. (1999) Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/ Doyma Libros.pp.72-73, 99-100,103.

¹³ Ariza.C. ¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico? Actual.Enfer.1998; 1(4).

La acción real y concreta de cuidado puede trascender el valor y superarlo y es dentro de esa idea que la noción de los valores y las acciones de cuidado pueden ser contagiosas en forma individual y en grupo, si se dan suficientes condiciones. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado.

Una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento.

Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado so lamente con base en el bienestar de los demás.

Sin embargo, es importante resaltar lo siguiente:

Calidad considerada tanto desde la vida personal como profesional.

Con su desarrollo se pretende que el profesional de enfermería llegue a desarrollar un interés permanente por su crecimiento y esto sólo se logrará con “una auto exigencia constante que la conduzca a ponerle amor y cuidado a lo grande y a lo pequeño, lo cual la conducirá a acabar las cosas bien”.¹⁴

La dedicación al trabajo permitirá prestar atención al mismo cuidando el orden y adquiriendo tenacidad y constancia en los encargos que se le hagan, con lo cual siempre podrá vencer la pereza y evitar la improvisación en su quehacer. “Además desarrollará un gran espíritu de cooperación que no es más que la actitud permanente de servicio a los demás” lográndose en últimas una labor de equipo con la que se alcanzará una gran repercusión en el bienestar del paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinde cuidado, a la vez que se favorece así el desarrollo de características tales como estimar y valorar a los demás, reconociendo sus capacidades y aportes, con lo cual finalmente se pretende alcanzar el progreso propio y el de los demás.

La alegría debe ser característica esencial del profesional de enfermería. Ésta debe traducirse en el optimismo con el que desarrolle su trabajo, el buen humor que se esfuerce por desarrollar en los momentos en los que no sólo el paciente sino también sus compañeros de trabajo lo necesiten. Esto le permitirá sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados.

El cuidado como el quehacer del profesional de enfermería y las características que éste, a mi modo de ver, debe tener para que sea considerado un cuidado de calidad, que no es más que luchar porque sea un quehacer excelente. Pero, ¿preguntémonos cómo aplicarlo a nuestra práctica diaria? Ante todo debemos comenzar por la excelencia aplicada a nuestra vida personal, la excelencia no se logra por accidente, la excelencia es un hábito, es un estilo de vida, es una forma de

¹⁴ .Cornejo.MA. (1997) Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México: Grijalva S.A.

ser. El reto actual es llevar la excelencia al inconsciente. Hay que hacer un inventario de los hábitos mal aprendidos, de los errores aprendidos, hay que comenzar un proceso de desaprender y comenzar a reaprender hábitos de excelencia..

La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades. Desde la perspectiva de la orientación antropológica el paciente no sólo tiene una parte somática, psicológica y sociocultural, “posee también una parte espiritual que le da unidad y lo integra al mundo de los valores y los principios fundamentales de la vida”.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el cuidado y el cuidador, siendo una expresión de la vida misma y cuidar es un acto de vida.

La comunicación es posible sólo en un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. La comunicación que se debe establecer con el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinda cuidado, debe estar matizada de elementos tales como:

Autenticidad de los interlocutores

Respeto a la originalidad ajena

Respeto a la originalidad propia

El deseo de compartir

La preocupación de hacer comprender

La actitud de escuchar y de atención permanente.¹⁵

Otro aspecto de el cuidado es el referente a las características personales de la enfermera dentro de las cuales es importante resaltar el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrada en lo que acontezca en la personalidad del paciente.

El reconocimiento del otro en el llamado de cuidado es un elemento primordial en la relación entre el cuidado y el cuidador. El desarrollo de estas características facilita la empatía considerada como la esencia del cuidado. Esta no es más que una condición que otorga al ser humano la capacidad para penetrar en la intimidad del

¹⁵ Pinto N. (1998) “Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado”. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.

paciente, una facultad del espíritu que germina en todos los seres humanos. La empatía no es un comportamiento que pueda ser adoptado a voluntad según las necesidades del momento, así como no podemos pretender mostrarnos más inteligentes o más creativos de lo que real mente somos. Está determinada por convicciones, valores y necesidades profundamente arraigadas en la organización personal, es decir, tiene que ver con lo que pensamos, con lo que sentimos y con lo que hacemos, tiene que ver con lo que somos.

En mi experiencia como enfermera considero que se necesita una investigación sobre medición del cuidado. Esto con el propósito de definir indicadores que permitan *medir* para hacer socialmente visible el gran desempeño de Enfermería, sistematizar los comportamientos y las acciones del cuidado.

VII ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

7.1 Antecedentes Históricos del Proceso

El término Proceso de Enfermería y el marco que implica, son relativamente nuevos. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes en 1955, cuando Hall creó el término Proceso de Enfermería. Desde entonces, diversas enfermeras han descrito el Proceso de Enfermería de distintas formas. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) describieron 3 pasos en la enfermería observación, servicio de ayuda y validación. Posteriormente, Knowles (1967), sugirió 5 principios necesarios para el ejercicio de la enfermería: descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education identificó un proceso de enfermería con 5 fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación.

El uso del Proceso de Enfermería en el ejercicio clínico obtuvo una legitimidad adicional en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA), publicó Estándares del Ejercicio de la Enfermería, que describe los 5 pasos del Proceso de Enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar (ANA, 1973). Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las 5 actuales fases del Proceso Atención de Enfermería al Añadir la etapa diagnóstica.

En 1982, el National Council of State Boards of Nursing definió y describió el Proceso de Enfermería en 5 pasos en términos de conductas de enfermería: valorar, analizar, planificar, ejecutar y evaluar.

El Proceso de Enfermería se dirige a la respuesta del cliente a la enfermedad.

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería ¹⁶

¹⁶ GK.Kosier B.ERB. (1995)Conceptos y temas en la práctica de Enfermería 2 ed. Interamericana Mc GrawHill.Mexico.p.p. 3-6, 20-25,29-31,99-105,111-113.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. (Iyer 1989)

Alfaro define el proceso de enfermería como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas necesitada de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”¹⁷

La responsabilidad es la condición de responder de las conductas específicas de alguien que son parte del rol profesional de la enfermera. La enfermera profesional es responsable de las actividades en las 5 fases del Proceso de Enfermería:

-Valorar. Diagnosticar. -Planificar,-Ejecutar.-Evaluar.

7.2 Características del proceso:

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

Es sistemático por estar conformado de 5 etapas, que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico.

Es intencionado porque esta centrado en el logro de objetivos.

Es dinámico por considerarse en constante cambio,

Es flexible porque se adapta a diversos contextos y teorías.

¹⁷ García González. María de Jesús. (1997) El Proceso de Enfermería. Según modelo de Virginia Henderson. ÉNEO UNAM, en el Proceso de Enfermería y modelo de Virginia Henderson .México, D .F. cap3.pp 21.

7.3 Valoración

Es la primera fase del Proceso Atención de Enfermería que consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

La valoración se lleva a cabo a partir de un enfoque holístico; es decir, un modelo de enfermería para la identificación de respuestas humanas, conduce la identificación de salud del paciente y se aplica a individuos, familia y comunidades. La valoración es continua ya que se aplica durante todas las fases del proceso de atención de enfermería.

Consiste en:

- Recolección de datos.

Da inicio desde el primer contacto con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente, hasta que la persona sea dada de alta.

- Entrevista

Por más sencilla se debe tener una introducción para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista, iniciar un diálogo y proseguir la estructura de la guía de valoración.

- Examen físico

Permite obtener una serie de datos, para valorar el estado de salud de una persona y determina la eficacia de las intervenciones de enfermería, este debe ser completo, sistemático y preciso, por sistemas corporales cefalocaudal.

- Validación de la información

Evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar problemas.

- Registro de la información

Es el último paso de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

7.4 Diagnóstico de enfermería

Es un juicio clínico, sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad.

"Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo" ¹⁸

Los Diagnósticos de Enfermería se clasifican en:

- a) Reales.- Es un juicio sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, ante un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, basada en signos y síntomas asociados; consta de tres componentes: problema, características que lo definen y factores relacionados.

Formato PES: problema (P) etiología factores causales (E) signos y síntomas (S) que validan el diagnóstico.

- b) De Riesgo o Potencial.- Es el juicio clínico de una persona, familia o comunidad más vulnerable a determinados problemas más que otros en igual o situación parecida, consta de dos componentes:

Problema, más etiología/factores de riesgo.

- c) De Salud.- Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores de causales, requiere de más datos para corroborarlo.

- d) De Bienestar.-Se refiere a una respuesta saludable por parte del paciente, transición de un nivel de bienestar a uno mas elevado.

Estructura diagnóstica

Los enunciados diagnósticos de enfermería pueden constar de una, dos o tres partes. Los enunciados de una parte, como los de los diagnósticos de bienestar que, contienen únicamente la etiqueta diagnóstica. Los enunciados de dos partes contienen la etiqueta y los factores que han contribuido o que podrían contribuir al cambio en el estado de salud, y se corresponden con los diagnósticos posibles y de riesgo. Los diagnósticos de enfermería reales constan de tres partes: la etiqueta, los factores relacionados y los signos y síntomas del diagnóstico.

¹⁸ Carpenito, Linda. J. (1999-2000) Manual de Diagnósticos de Enfermería Aplicados a la práctica clínica. Mc Graw-Hill. Editorial Interamericana 9ª Edición. Madrid España. pp.201.205, 323, 596, 615,631.

Los Diagnósticos de Enfermería se estructuran en base a las etiquetas diagnosticas de la N.A.N.D.A.

Etiquetas diagnosticas de la N.A.N.D.A.

Etiquetas o Denominaciones diagnósticas.- desde la primera reunión sobre los Diagnósticos de Enfermería, en 1973, este término se asignó a etiquetas específicas (diagnósticos de enfermería) que describen los estados de salud que las enfermeras pueden diagnosticar y tratar de forma legal. El propósito de establecer estas denominaciones fue definir y clasificar el campo de acción de la enfermería.

Las etiquetas describen con precisión un grupo de signos y síntomas o una mayor vulnerabilidad como riesgo.

La etiqueta diagnostica de la N.A.N.D.A. proporciona un nombre al diagnostico, es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.¹⁹

7.5 Planeación

Es la tercera fase o etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en esta se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería elaborando estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir respuestas del paciente sano o enfermo en el alivio de un problema o una necesidad.

Consta de cuatro pasos:

- 1.- Establecer prioridades.- identificación de problemas de salud en los cuales se debe centrar mayor atención, de acuerdo a las necesidades de Maslow y Kalish (Alfaro, 1999).
- 2.- Elaborar los objetivos.- medir el éxito de un plan determinado permite dirigir las acciones de enfermería y dar solución a los problemas.
- 3.- Determinar acciones de enfermería y estrategias diseñadas para cumplir el objetivo planteado.

¹⁹ Carpenito, Linda. J. (1999-2000) Manual de Diagnósticos de Enfermería Aplicados a la práctica clínica. Mc Graw-Hill. Editorial Interamericana 9ª Edición. Madrid España. pp.201, 205, 323, 596, 615, 631.

4.- Documentar el plan de cuidados.- es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

El Plan de Cuidados de Enfermería según Griffith-Kenny y Christensen (1986),”... es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

7.6 Ejecución

Es la cuarta etapa del Proceso, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el Plan de Cuidados elaborado. Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos planteados. Implica las siguientes actividades por parte del personal de Enfermería:

- Continuar con la recopilación, análisis y valoración de datos
- Valoración del plan de atención de Enfermería
- Determinar los cuidados de enfermería
- Ejecución de las intervenciones de enfermería
- Comunicar las intervenciones de enfermería
- Se registran todas las intervenciones de enfermería dirigidas, a la resolución de problemas (diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes), así como la respuesta del paciente.

7.6 Evaluación

Es la última etapa del Proceso, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Griffith y Cristensen (1982).

La evaluación es compleja; sin embargo, al emplear la metodología del proceso de enfermería se facilita por ser sistemática y continua, ya que "brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma (Leddy, 1989) de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia".

Tipos de Evaluación

- Continua.-se realiza durante e inmediatamente después de ejecutar una intervención de enfermería y permite realizar modificaciones en una intervención.
- Intermitente.-se realiza a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia el resultado esperado y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como poder modificar el plan de cuidados en función de sus necesidades.
- Final.-indica el estado de la persona al ser dada de alta, incluye los resultados esperados y la evaluación de la capacidad de la paciente para cuidarse por si misma.

La evaluación es compleja, sin embargo, al emplear la metodología del proceso de enfermería se facilita por ser sistémica y continua, ya que "brinda una base cognoscitiva para la practica autónoma (Leddy 1989) de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia"

Es parte importante del proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas en la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben continuar o modificarse evalúa el resultado esperado que se planteo, sí se logro cumplir.

VIII MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

8. I Generalidades del modelo de Virginia Henderson

Henderson considera a la persona como un ser bio-psico-social cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

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

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

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

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

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

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

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

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA AL VESTIRSE Y DESVESTIRSE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

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

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

Aceptación del rol de cada uno.

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

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

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

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

A partir de la definición de Henderson se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos:

1) PERSONA:

Necesidades básicas

2) SALUD:

Independencia

Dependencia

Causas de dificultad o problema

3) ROL PROFESIONAL:

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4) ENTORNO:

Factores ambientales

Factores socioculturales ²⁰

²⁰ [http://www.monografias.com/trabajos/Virginia Henderson](http://www.monografias.com/trabajos/Virginia%20Henderson) consultado septiembre 2010.

8.2 AFIRMACIONES TEORICAS

ENFERMERA PACIENTE

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”²¹

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

ENFERMERA MÉDICO

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

ENFERMERA SUSTITUTO

ENFERMERA COMO AYUDA

ENFERMERA COMPAÑERA

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos, capaz de idear junto con ella su propio plan de cuidados.

Personalmente he tenido la suerte de trabajar en un equipo formado por médico, enfermera y yo como auxiliar. Esto me ha permitido observar las necesidades de los clientes en diferentes situaciones y momentos, con una filosofía de Enfermería y de lo que son los cuidados enfermeros, que me ha enseñado mucho.

²¹ Marriner Tomey. Ann (1999) Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/ Doyma Libros. pp.72-73, 99-100,103.

Y para apreciar la diferencia, con otros enfermeros que tienen una filosofía muy distinta, que les hace ser más auxiliares de medicina y que no dan tanta importancia al bienestar de la persona.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Dependiente.-incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

Interdependientes.-se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Independiente.-es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales (diagnósticos de enfermería).

8.3 Independencia y dependencia

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia, que según Henderson a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Independencia.-Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, y situación .El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual.

Dependencia.-Considerada de dos formas, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus 14 necesidades o puede ser que se realicen actividades que no resulten adecuadas o insuficientes para conseguir la satisfacción de sus necesidades. Las causas de dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Falta de fuerza.-interpretamos la fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes, lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual.

Falta de Conocimiento.-cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad.-entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²²

²² http://www.monografias.com/trabajos16/Virginia_Henderson.html.consultado septiembre 2010

IX DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN EN BASE A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

9.1 Presentación del caso

Valoración

Durante la práctica hospitalaria se elige para realizar el proceso de enfermería a una puérpera adolescente aparentemente sin complicaciones. Cursando 26 hrs, de puerperio mediato, aparentemente normal pero con picos febriles de 38° C, sin foco infeccioso localizado.

Se trata de una Refugio de 17 años de edad, que vive en unión libre, católica, con educación primaria terminada, no continuo estudiando por el embarazo, vive con su cónyuge en la casa paterna de él desde que se enteraron del embarazo, habitan en zona suburbana con casi todos los servicios públicos, (excepto teléfono en casa, pero cuentan con teléfono celular); en el proceso de hospitalización funge como responsable de ella su mamá, pues el cónyuge también es menor de edad, con bajo nivel socioeconómico, no cuentan con recursos económicos.

Con antecedentes G.O. menarca a los 11 años, telarca 11 años, pubarca 12 años, ciclos menstruales regulares de 30 x 5 días, no dismenorreica, IVSA a los 15 años, refiere una sola pareja sexual, ignora si esta circuncidado, con método de ritmo. G I P I. Grupo sanguíneo O Rh +, con control prenatal a partir de los 4 meses en que se dio cuenta del embarazo. No sabe de antecedentes familiares con exactitud pero refiere que no tiene antecedentes de diabetes o hipertensión. La alimentación que tiene es deficiente en proteínas, frutas y verduras, la cantidad de líquidos es de 1 a 1 litro y medio de agua, abundante en carbohidratos, no tiene recreaciones ya que se dedica a las labores del hogar, lo cual le estresa mucho.

A la exploración física se encuentra: femenina aparente a la cronológica, tranquila pero desesperada por ya irse a su casa, deambulante, buena coloración de tegumentos, cuellos cilíndrico sin adenomegalias, sin datos de faringitis, tórax sin datos de dificultad respiratoria, mamas turgentes, pezones adecuados para lactancia con buena lactopoyesis en cantidad y calidad, pero con pequeña lesión por mala técnica de amamantamiento por tratarse de un bebé con succión tipo barracuda, en la que la madre no sabe como controlarlo, abdomen con globo uterino localizado a 3 centímetros de la cicatriz umbilical, se palpa globo vesical, con loquios tipo hemáticos, no fétidos con aproximadamente 5 toallas manchadas al

día. (100 ml.), episiotomía limpia sin datos de infección, ligero edema de genitales, refiere dolor en zona de episiorrafia, refiere no haber miccionado.

Se observa inquieta, cansada y con sueño por los periodos largos en la alimentación al bebe, presenta mala posición para amamantar y al deambular, se refiere angustiada por los cuidados al recién nacido y de la presión por parte de su mamá y su suegra para la atención del bebe.

Refugio se encuentra inquieta por no saber como cuidarse para no embarazarse y cuidar a su bebe.

se encuentra sin complicaciones aparentes, pero con grandes necesidades de apoyo emocional, de enseñanza y ayuda para su cuidado y el de su recién nacido, en algunas ocasiones acompañamiento.

El recién nacido normal, eutrófico, PUV masculino, de 3.200 Kg., talla de 49 cm. PC 34 cm; PT 33 cm; PA 34; calificación de Apgar de 7-9, buena coloración de tegumentos, cabeza con caputsucedanum por parto prolongado, abdomen distendido, peristaltis normal, cordón umbilical sin datos de hemorragia o sangrado, genitales normales para edad y sexo, con testículos descendidos, ano permeable, buenos reflejos de succión y deglución, reflejos neurológicos normales.

ROBLEMAS DETECTADOS

Precencia de globo vesical

Riesgo de infección (picos febriles sin causa aparente)

Desconocimiento de autocuidado,medidas de higiene,alimentacion,metodos de control,lactancia materna y transmision de enfermedades

Lesión del pezón por succion tipo barracuda

Mala técnica de lactancia materna.

Riesgo de lesión al recién nacido por falta de conocimiento en su cuidado básico.

Dependencia económica y física de padres y suegros , poca capacidad para toma de decisiones personales y sobre su bebé que la lleva a estados de ansiedad y miedo.

Alteración en el descanso y sueño

9.2. Jerarquización de necesidades y diagnósticos

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS
Necesidad de alimentación	Alto riesgo de nutrición por defecto relacionada con conocimientos insuficientes del régimen alimenticio durante la etapa de posparto.
Necesidad de eliminación	Riesgo potencial de infección urinaria relacionado al posparto.
Necesidad descanso y sueño	Alteración en la cantidad y calidad del sueño relacionado a la alimentación del recién nacido manifestada por cansancio.
Necesidad de mantenerse limpio y aseado	Riesgo de infección, relacionado con el cuidado , limpieza de genitales y episiórrafia, manifestado por falta de conocimientos
Necesidad de evitar peligros	<p>Riesgo potencial del deterioro físico relacionado con mala postura. Durante la lactancia materna.</p> <p>Dolor relacionado a corte perineal manifestado por una postura encorvada al caminar.</p>
Necesidad de comunicarse	<p>Trastorno del autoconcepto relacionado con la dependencia de los demás para cubrir sus necesidades básicas.</p> <p>Deterioro de la adaptación a su rol materno relacionado a la dependencia familiar.</p> <p>Desesperanza relacionada con la incapacidad para alcanzar sus objetivos manifestado por tensión y estrés.</p> <p>Proceso familiar disfuncional relacionado a la falta de organización en la comunicación manifestado por conflictos.</p>
Necesidad de realización	Afrontamiento inefectivo ante su

	<p>nuevo rol materno para realizar el cuidado del bebe.</p> <p>Riesgo de fracazo para mantener su desarrollo y crecimiento personal relacionada para la toma de decisiones.</p> <p>Disminución de la capacidad de afrontamiento para el rol materno manifestado por dependencia creciente y sentimientos de impotencia.</p>
Necesidad de aprendizaje	Riesgo de manejo ineficaz del regimen terapeutico relacionado con conocimientos insuficientes sobre los cambios y cuidados del puerperio.

9.3 Plan de cuidados basado en las necesidades de Virginia Henderson

1.- Necesidad de Alimentación

Diagnostico de Enfermeria.- Alto riesgo de nutrición por defecto relacionada con conocimientos insuficientes en el régimen alimenticio, durante la etapa de puerperio²³

∇ **Objetivo:**

- Que Refugio conozca la importancia de la alimentación en el posparto, y como favorece en el crecimiento y desarrollo de su bebe.

∇ **Estado de salud.-** dependiente

∇ **Causas de dependencia.-** edad, escolaridad, falta de conocimiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Brindar información apropiada y clara, con rotafolio, trípticos.
- Orientación sobre, lavado de manos antes y después de ir al baño, así como antes de preparar los alimentos y lactar al recién nacido
- Darle a conocer los grupos de alimentos y como combinarlos de acuerdo a sus posibilidades
- Informarle a Refugio la importancia de llevar un régimen alimenticio para que favorezca el proceso de cicatrización, evite infecciones, le ayuden en su desarrollo y el de su bebe.

∇ **Fundamentación**

- El aumento en proteínas y vitaminas favorece la cicatrización
- El grado de satisfacción de necesidades alimenticias diarias, va de acuerdo con el grado de actividad y necesidades metabólicas
- La angustia, el estrés, producen alteración del bienestar con disminución del apetito.

²³ Manual de diagnósticos de enfermería, 9ª. edición 1999-2000 Carpenito pág. 187-399

∇ **Evaluacion**

- La paciente expresa sus dudas verbalmente
- La paciente atiende la orientacion e indicaciones verbales

2.- Necesidad de Eliminacion

Diagnostico de Enfermeria.-Riesgo potencial de infección urinaria relacionada al posparto²⁴

∇ **Objetivo:**

- Favorecer el bienestar y prevenir complicaciones

∇ **Estado de salud.-Dependiente**

∇ **Causas de dependencia.-Falta de conocimientos**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Insistir en ingesta de liquidos
- Vigilar presencia y características de diuresis
- Insistir en la deambulacion

∇ **Acciones Dependientes**

- Curva termica cada 4 hrs
- Estimular la miccion espontanea, con bolsa de agua caliente, chorro de agua.
- Auscultacion de presencia de globo vesical
- Orientacion sobre cambios fisiologicos durante el puerperio.

∇ **Fundamentacion.**

- El desconocimiento de alguna alteracion produce tension
- El bloqueo anestésico recibido durante el parto, aumenta el riesgo de retencion urinaria.

∇ **Evaluacion.**

- Se logra la miccion espontanea y disminuye su angustia y molestia
- La paciente nos devuelve la informacion proporcionada.

²⁴ Carpenito Op. Cit. Pág. 117

3.-Descanso-Sueño

Diagnostico de Enfermeria..-Alteracion en la cantidad y calidad de sueño relacionado a la alimentacion del recién nacido manifestada por cansancio²⁵.

∇ **Objetivo:**

- Favorecer el bienestar físico y emocional de la madre y así poder satisfacer su necesidad de descanso y sueño.

∇ **Estado de salud.-**dependiente

∇ **Causas de dependencia.-**falta de conocimiento, y edad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Proporcionar ánimo y apoyo emocional
- Aplicar técnicas de relajación
- Masaje de espalda
- Fomentar contacto físico(tomar a la persona de las manos)
- Mantener el entorno en las mejores condiciones

∇ **Fundamentacion**

- El dolor y la inquietud no permiten el descanso
- La educación promueve el bienestar
- Un entorno acogedor y cómodo disminuye el malestar físico
- El descanso físico proporciona relajación.

∇ **Evaluacion**

- La información proporcionada es comprendida
- Hay periodos cortos de sueño
- La paciente refiere sentirse más tranquila
- La inquietud disminuye

²⁵ Carpenito Op. Cit. 523

4.-Necesidad de Mantenerse Limpio y Aseado

Diagnostico de Enfermeria..-Riesgo de infeccion relacionado con el cuidado, limpieza de genitales y episiorrafia manifestada por falta de conocimientos²⁶.

∇ **Objetivo:**

- Que refugio conozca la importancia de llevar a cabo las medidas higienicas.

∇ **Estado de salud.-** Dependiente

∇ **Causas de dependencia.-**Falta de conocimientos,experiencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Proporcionar informacion y orientacion sobre medidas de higiene en episiorrafia.
- Enseñarle el aseo de genitales con sediluvios o chorro de agua posterior a miccion o defecacion, en el tiempo de cicatrizacion de episiorrafia.
- Pedir a la madre que exprese sus dudas y responder a sus preguntas
- Informar la importancia de vigilar datos de infeccion como son, aumento de dolor, aumento de volumen, presencia de sangrado, presencia de secrecion fetida, fiebre en la zona de episiorrafia.
- Vigilar curva termica cada 4 hrs

∇ **Fundamentacion**

- La informacion detallada de los procedimientos permite una mejor comprension
- Si se trasmite un sentimiento de interes, permite realizar los cuidados en forma objetiva.

∇ **Evaluacion**

- La informacion otorgada es comprendida
- La paciente expresa dudas y realiza preguntas.

²⁶ Carpenito Op. Cit. 187,32

5.-Necesidad de Evitar Peligros

Diagnostico de Enfermeria.-Riesgo potencial del deterioro fisico relacionado con la mala postura,durante la lactancia materna²⁷.

∇ **Objetivos:**

- Evitar el deterioro físico y emocional de la madre
- Proporcionar información sobre beneficios y técnicas de lactancia materna
- Identificar foco que ocasiona la hipertermia
- Mejorar las condiciones para el egreso hospitalario del binomio

∇ **Estado de salud.-**dependiente

∇ **Causas de dependencia.-**falta de conocimientos,edad,inexperiencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones Independientes**

- Animar a Refugio a que asuma la posición correcta
- Orientar a Refugio sobre posturas durante la lactancia materna
- Orientar la importancia de la lactancia materna para ella y su bebé
- Orientar a la paciente sobre cuidados de las mamas y pezones antes,y después de amamantar al recién nacido(lubricación,masaje y aseo)
- Vigilar lactopoyesis
- Reforzar medidas higiénicas

∇ **Fundamentacion**

- La postura inadecuada favorece el deterioro muscular

∇ **Evaluacion**

- Refugio adopta la posición adecuada poco a poco
- La paciente nos devuelve la información otorgada

²⁷ Carpenito Op. Cit. 323

Diagnostico de Enfermeria.-Dolor relacionado a corte perineal manifestado por una postura encorvada al caminar²⁸.

- ∇ **Objetivo:**
 - Evitar la ansiedad y temor.
- ∇ **Estado de salud.-**dependiente
- ∇ **Causas de dependencia.-**falta de conocimientos,edad

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ∇ **Acciones independientes**
 - Valorar los conocimientos que tiene Refugio respecto al posparto
 - Orientarla sobre la importancia de la dembulacion y el ejercicio
 - Explicar las causas de dolor
 - Explicar las molestias y sensaciones que va a sentir durante el puerperio
 - Orientar sobre aspectos fisiologicos en el posparto
 - Orientar sobre signos de alarma(fiebre,aumento de dolor,expulsion de loquios y sus características,aumento de sangrado).
 - Orientar sobre enfermedades trasmisibles
 - Toma de signos vitales
- ∇ **Fundamentacion**
 - La ansiedad impide concentrarse alterando la conducta y las constantes vitales
 - La postura inadecuada favorece el aumento de dolor
- ∇ **Evaluacion**
 - Refugio coopera para llevar a cabo las actividades encaminadas a facilitar su recuperacion

²⁸ Carpenito Op. Cit. 120

6.- Necesidad de Comunicarse (expresar dudas,temores,sensaciones)

Diagnostico de Enfermeria.-Trastorno del autoconcepto relacionado con la dependencia de los demas para cubrir sus necesidades²⁹.

∇ **Objetivos:**

- Tratar de que la paciente exprese sentimientos de optimismo ante el presente.
- Proporcionarle a la madre instrumentos de apoyo de facil comprension para su nivel de preparacion e inmadurez por la adolescencia.

∇ **Estado de salud.-** dependiente

∇ **Causas de dependencia.-** edad,experiencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Transmitir empatia para favorecer la verbalizacion de las dudas temores y preocupaciones.
- Valorar y movilizar los recursos internos de la paciente (autonomia,independencia,pensamiento cognitivo,flexibilidad).
- Valorar el sistema de apoyo espiritual(valores,relacion con dios).

∇ **Fundamentacion**

- El fortalecimiento de la educacion en embarazadas adolescentes disminuye el riesgo de depresion posparto.

∇ **Evaluacion**

- Demuestra interes para el autocuidado de ella y su bebe
- Hace afirmaciones(tengo gran ilusion,tengo fe,espero que todo salga bien).
- Expresa creencias espirituales

²⁹ Carpenito Op. Cit. 62

Diagnostico de Enfermeria.-Deterioro de la adaptacion a su rol materno relacionado a la dependencia familiar³⁰.

∇ **Objetivo:**

- Transmitir empatia para favorecer la verbalizacion de dudas,temores y preocupaciones.

∇ **Estado de salud.-**dependiente

∇ **Causas de dependencia.-** Edad, escolaridad, falta de conocimiento, experiencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Explorar los conocimientos y expectativas de Refugio acerca de su nuevo rol
- Conocer el deseo de Refugio de amamantar a su bebe
- Inspeccionar mamas para verificar condiciones
- Proporcionar informacion sobre como romper la presion negativa con el bebe que tiene succion tipo barracuda(introducir un dedo entre el seno y la boca del bebe)
- Reforzar la enseñanza sobre la importancia de la alimentacion e higiene

∇ **Fundamentacion**

- Los sentimientos negativos,pueden contribuir a la distorcion de la informacion
- Si se trasmite un sentiiento de interes,permite a la persona actuar con seguridad

∇ **Evaluacion**

- Refugio expresa sus expectativas,dudas y realiza preguntas

³⁰ Carpenito Op. Cit. 13

Diagnostico de Enfermeria.-Desesperanza relacionada con la incapacidad para alcanzar sus objetivos manifestada por tension y estress³¹.

∇ **Objetivo.**

- Tratar de que la paciente exprese sentimientos de optimismo ante el presente.
- Fomentar la autoestima para la busqueda de nuevas oportunidades en su desarrollo personal

∇ **Estado de salud**-dependiente

∇ **Causas de dependencia.**-edad,falta de conocimientos,experiencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Enseñar la forma de afrontar los aspectos de la desesperanza separandolos de los aspectos esperanzadores
- Enseñar la forma de mantener experiencias agradables(caminar, hacer ejercicio,leer libros).
- Animar a la paciente y fomentar su autoestima
- Vigilar datos de depresion posparto
- Canalizar con especialista para apoyo psicologico y seguimiento.

∇ **Fundamentacion**

- El fortalecimiento de la educacion en embarazadas adolescentes disminuye el riesgo de depresion posparto.
- La deteccion oportuna de signos depresivos,favorece la terapeutica a utilizar.

∇ **Evaluacion**

- Demuestra interes para el autocuidado de ella y su bebe
- Hace afirmaciones(tengo gran ilusion,tengo fe,espero que todo salga bien.
- Se muestra mas tranquila y optimista

³¹ Carpenito Op. Cit. 205

Diagnostico de Enfermeria .-Afrontamiento familiar disfuncional relacionado a la falta de organizacion en la comunicacion manifestado por conflictos³².

∇ **Objetivo**

- Identificar los procesos familiares ineficaces
- Identificar las situaciones que les generen tension a los padres en el cuidado del recién nacido.

∇ **Estado de salud.**-dependiente

∇ **Causas de dependencia.**- edad,experiencia,falta de conocimientos

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Proporcionar enseñanza y apoyo con respuestas claras
- Dar apoyo a la incorporacion familiar del niño,con la participacion de los padres en la interaccion con el niño y su cuidado.
- Ayudar a los miembros de la familia a que tengan una buena comunicacion
- Evaluar el apoyo familiar que Refugio necesita para la adaptacion a su nuevo rol.
- Orientar a la familia,para que proporcione apoyo emocional y practico a Refugio.

∇ **Fundamentacion**

- Las tensiones ejercen efectos negativos en el funcionamiento familiar
- Los eventos vitales estresantes (embarazo no planeado,no deseado,falta de apoyo emocional y financiero) favorecen la alteracion psico-social, en la paciente.

∇ **Evaluacion**

- Los padres aceptan las tensiones en relacion a proporcionar cuidados eficaces.
- Los padres identifican sus necesidades individuales y familiares y el comportamiento con respecto a la paternidad y a la maternidad.

³² Carpenito Op. Cit. 24

- Refugio y la familia expresan que sus dudas quedaron resueltas y se sienten capaces de enfrentar los nuevos procesos familiares.

7.- Necesidad de realizacion

Diagnostico de Enfermeria.-Afrontamiento inefectivo ante su nuevo rol materno para realizar el cuidado de su bebe³³.

- ∇ **Objetivo:**
 - Ayudar a Refugio a comprender y el nuevo proceso que esta viviendo y le permita su realizacion como madre
- ∇ **Estado de salud.-**dependiente
- ∇ **Causas de dependencia.-**edad,experiencia,falta de conocimiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ∇ **Acciones independientes**
 - Proporcionar animo y apoyo emocional
 - Establecer entorno acogedor
 - Animarla a realizar preguntas y dudas sobre el nuevo rol que va a desempeñar
 - Animarla a que participe en las actividades que se le realizan al neonato.
 - Darle a conocer los signos de alarma en el bebe(que no respire,se ponga morado o amarillo,llanto continuo,que no evacue o que no orine,hipertermia)
 - Valorar grado de afrontamiento
- ∇ **Fundamentacion**
 - La influencia cultural define su afrontamiento
 - El temor incrementa la estres
- ∇ **Evaluacion**
 - Se observa mas tranquila y optimista
 - Disminuye su miedo

³³ Carpenito Op. Cit. 33

Diagnostico de Enfermeria.-Riesgo de fracaso para mantener su desarrollo y crecimiento personal relacionado para la toma de decisiones.³⁴

Objetivo:

- Ayudar a la paciente a comprender y analizar los cambios a su nuevo estilo de vida,para que lo integre como una eperiencia positiva.
- ∇ **Estado de salud.-** Dependiente
- ∇ **Causas de dependencia.-** Adolescencia,escolaridad,experiencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ∇ **Acciones independientes**
- Proporcionar apoyo emocional
 - Permitirle autonomia
 - Evaluar el grado de socializacion
- ∇ **Fundamentacion**
- Del estado emocional de la paciente depende su reaccion y esto influira,tanto en el aspecto fisiologico como el psicologico.
- ∇ **Evaluacion**
- La paciente expresa sus expectativas
 - La paciente manifiesta su decisi3n

Diagnostico de Enfermeria.-Disminuci3n de la capacidad de afrontamiento para el rol materno manifestado por dependencia creciente y sentimientos de impotencia³⁵ .

∇ **Objetivo**

Tratar a trav3s de la participacion de actividades y el autocuidado, estimular sus capacidades para que vaya adquiriendo habilidades que aumenten su autoestima.

³⁴ Carpenito Op. Cit. 534

³⁵ Carpenito Op. Cit. 200

- ∇ **Estado de salud.**-dependiente
- ∇ **Causas de dependencia.**-edad,experiencia,conocimientos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ∇ **Acciones independientes**
 - Animar a compartir las preocupaciones con otras personas que han pasado por la misma experiencia y lo han afrontado en forma eficaz.
 - Enseñar la forma de mantener experiencias agradables (leer libros, caminar, hacer ejercicio).
 - Solicitar a la familia paciencia y apoyo ante sus temores y preocupaciones en el desempeño de su nuevo rol.
 - Realizar con ella actividades que no le generen temor.
- ∇ **Fundamentacion**
 - Las expresiones no verbales pueden comprender derrota,hostilidad,miedo y depresion.
- ∇ **Evaluacion**
 - El apoyo brindado a la paciente es eficaz
 - La paciente atiende la orientacion e indicaciones verbales
 - Hay satisfaccion por los logros obtenidos

8.-Necesidad de aprendizaje

Diagnostico de Enfermeria.-Riesgo de manejo ineficaz del regimen terapeutico relacionado con los conocimientos insuficientes sobre los metodos de control³⁶.

- ∇ **Objetivo:**Proporcionar informacion y orientacion sobre tratamiento y metodos anticonceptivos,forma de evitar nuevo embarazo a corto plazo y asi poder evitar el deterioro de la salud materno infantil.
- ∇ **Estado de salud.**-dependiente.
- ∇ **Causas de dependencia.**-edad,experiencia falta de conocimientos

³⁶ Carpenito Op. Cit. 369

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

∇ **Acciones independientes**

- Valorar los conocimientos que tiene la paciente respecto al tema
- Integrar la informacion que se le va a proporcionar en forma objetiva
- Mencionar y describir los metodos disponibles (uso, eficacia, ventajas e inconvenientes).
- Responder a las dudas planteadas.

∇ **Fundamentacion**

- Los sentimientos negativos pueden contribuir a la distorcion de la informacion
- La informacion detallada permite una mejor comprension, permitiendole tomar una desicion más objetiva

∇ **Evaluacion**

- La informacion otorgada es comprendida
- Refugio expresa dudas y realiza preguntas
- Refugio expresa sus expectativas y manifiesta su desicion

X. PLAN DE ALTA

DESCRIPCION DE SU ENTORNO.

Familiar nuclear en fase de dispersión, dependiente de la casa paterna y política de su cónyuge, con poca capacidad para toma de decisiones.

OBJETIVO

Lograr cambios en su actitud para favorecer estilos de vida saludable que influyan en su autocuidado y su rol materno y evitar peligros que puedan ser significativos en la etapa del puerperio en relación a una depresión posparto.

ESTILO DE VIDA

Tratar que la paciente comprenda y acepte su nuevo rol de madre y las responsabilidades que conlleva además de la toma de decisiones personales que rigen su vida, marcar su independencia aún en la dependencia a la que está sometida por su adolescencia e incapacidad para cumplir sus necesidades básicas de sobrevivencia.

ACTITUD

Pensar en la necesidad de cambiar de actitud pasiva a una más activa en lo relacionado a su toma de decisiones, su autocuidado y de su bebé, así como orientar de los datos de alarma de ella y de su bebé.

ACTIVIDAD DIARIA

Interrelacionar su nuevo rol de madre con actividades de la vida cotidiana que la lleven a la autosuperación y elevación de su autoestima.

NUTRICION.

Mejorar la calidad de su alimentación, tratando de combinar los 5 grupos de alimentos y sus variantes para sustituir la falta de algún nutriente, Mostrar la forma de diseñar un plan nutricional adecuado para la buena lactancia materna y el mantenimiento de su salud de acuerdo al siguiente plan nutricional.

Combinación de grupos de alimentos siguiendo los tres principios básicos:

- Consumir frutas y verduras de la estación.
- Consumir cereales y tubérculos combinados con leguminosas para completar el requerimiento de proteínas.
- Consumir pequeñas cantidades de productos de origen animal.
- Aumentar una comida al día aproximadamente 650 Kcal. Más

Leche y derivados lácteos: 4 tazas

Carne y/o leguminosas: 2 raciones

Frutas y verduras: 5 raciones.

Pastas y cereales: 4 raciones.

- Tomar de 2-3 litros de agua al día,
- Dar suplementos de hierro y vitamina A.

SUEÑO-REPOSO

Mantener el tiempo de sueño y reposo necesario es importante para beneficiar a la lactancia materna y el crecimiento y desarrollo de su bebé, también para que ella se relaje y descanse.

HIGIENE

Explicar a la paciente de la necesidad de mejorar sus hábitos higiénicos en esta etapa del puerperio para evitar infecciones y modo de transmisión de enfermedades. Recomendación. Baño y cambio de ropa diario, aseo con paño húmedo antes y después de amamantar, lavado de manos frecuente.

ELIMINACIÓN

Mejorar el tránsito intestinal con una alimentación rica en fibra, líquidos suficientes, y ejercicio moderado.

SEXUALIDAD

Recomendar no tener relaciones sexuales hasta el término de la cuarentena, para favorecer la cicatrización del lecho placentario, involución uterina completa y prevención de infecciones ocasionadas por el contacto sexual.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.







Platicar y dar a conocer los métodos de planificación familiar y el método que más se adapte a sus necesidades y deseos.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Signos de Alarma de la madre

- Dolor de cabeza**
- Sumbidos**
- Ver lucecitas**
- Que se hinchen los pies**
- Hemorragia**
- Fiebre**
- Secrecion fetida de loquios o en zona de episiorrafia**
- Dolor abdominal**
- Fiebre**

Signos de Alarma del Neonato

-  **Fiebre**
-  **Llanto Continuo que no seda al alimentarlo y al cambiar de pañal**
-  **Que deje de respirar**
-  **Que no orine**
-  **Que se ponga amarillo o morado**
-  **Que deje de comer**

AL TERMINO DE LA ATENCIÓN SE ESPERA QUE:

- Haya sido identificado el foco de infección y/o la causa de la febrícula para evitar la suspensión de la lactancia materna.
- La paciente sea capaz de llevar a cabo los cuidados del recién nacido con eficacia suficiente para mantener la salud del mismo y garantice la seguridad mínima necesaria.
- La técnica de lactancia haya sido comprendida y sea llevada a cabo en forma eficaz, y así mismo evitar complicaciones en los pechos y el bebé sea alimentado normalmente.
- La paciente sepa detectar signos de alarma
- La paciente sea capaz de elegir y combinar correctamente sus alimentos para mejorar sus hábitos alimenticios y evitar déficit de alimentación para ella y su bebé.
- La paciente sea capaz de tomar decisiones sobre sí misma y su bebé ya que tiene los elementos necesarios para reintegrarse a su nuevo núcleo familiar evitando conflictos que le generen angustia
- Sea capaz de comprender la importancia de llevar a cabo su autocuidado y tratamiento mientras es revalorada y se decide su alta sin complicaciones.
- La paciente lleve una vida sexual plena a través del autocuidado.
- Sea capaz de comprender la importancia de la planificación familiar así como la elección en conjunto con su pareja el método anticonceptivo que van a usar para evitar un nuevo embarazo.

CONCLUSIONES

Se llevaron a cabo satisfactoriamente una serie de cuidados encaminados principalmente a favorecer el estado actual de la paciente, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y mantener su bienestar.

Al implementar el modelo de Virginia Henderson, favoreció a la persona en mantener la capacidad y esfuerzos para conservar y conducir su independencia de manera que pueda satisfacer sus necesidades fundamentales.

Si bien es cierto que la aplicación del proceso de enfermería en la práctica nos da un instrumento capaz de ordenar, ejecutar y evaluar el trabajo diario de la enfermera, también es capaz de involucrarnos de manera muy personal en las necesidades y conflictos de cada paciente, pero creo que de alguna manera los resultados esperados se vuelven un tanto idealista pues la realidad de cada persona o institución a veces no permite que los objetivos sean comprendidos y aplicados en el corto tiempo en que son evaluados los pacientes.

La aplicación de esta teoría me permitió ver la respuesta de la persona, en cada una de ellas. Me hizo reflexionar, y ver que la persona cuando tiene problemas de salud necesita muchísimas cosas, además de un buen tratamiento en caso de enfermedad. Mis conclusiones hasta el momento, han sido más bien intuitivas, a través de la observación, Al leer la obra de Henderson, no sólo he reafirmado esta filosofía, sino que he ampliado en gran manera mis conocimientos.

Considero que el modelo de Virginia Henderson es más completo para ser aplicado en las personas, sin embargo a lo largo de mi experiencia profesional en las diferentes estancias del sector salud, hay factores que impiden la aplicación de este modelo como:

- 1.-Vocacion
- 2.-Sentido de responsabilidad
- 3.-Valores
- 4.-Sindicatos
- 5.-Falta de disciplina en las unidades hospitalarias.
- 6.-Competividad entre enfermeras.

7.-Temor a ser agredida por cambiar habitos o mejorar disciplina

8.-Sobre carga de trabajo

9.-Frustración po haber estudiado otra carrera y no ejercerla,

10.-Falta de interes y po ultimo y el mas triste

11.-Prepararse solo por tener un trabajo seguro

Aun con todos estos factores, es reconfortante sentir el agradecimiento y confianza que todavia expresan las pacientes, hay quien confian en nosotros como enfermeras, yo en lo personal he estado a punto de tirar la toalla,tratando de modificar actitudes,lo he logrado en algunas ocaciones con el personal que dirijo, aunque con desgaste fisico y emocional y no puede ser con la mayoria. creyendo que solo se estudia para trabajar menos y ganar mas.

Considero que es fundamental que el personal de enfermería se prepare y llegue con otra mentalidad a las unidades hospitalarias para asi ofrecer una atención de calidad y calidez al paciente en sus diferentes etapas del proceso reproductivo, solo asi la enfermería va a crecer como profesión.

SUGERENCIAS

Considero que una de las acciones primordiales para todo el personal de enfermería es que conozca y aplique el Proceso de Atención de Enfermería , a través de la capacitación continua y la aplicación del proceso constantemente, se siga perfeccionando el conocimiento de quienes carecen del mismo, con una metodología sustentada en la unificación de criterios de acuerdo al modelo de atención que se lleve en la institución que laboran y asimismo pueda ser aplicado a las personas dentro y fuera del hospital.

Yo sinceramente no podría dar una sugerencia específica, entiendo que la capacitación es tediosa para quien no le gusta, sin embargo voy a comentar una experiencia que tuve en perinatología, ahí el requisito que tenía uno que cumplir .para rolar a una terapia, era obligatorio capacitarse y no era si quería o no, la norma así lo especificaba, yo soy de las personas que toma medidas a lo mejor drásticas, cuando yo llegue a la unidad donde laboro actualmente comente, si a mí me preguntaran que medias tomaría para quitar todos esos vicios en la atención y cuidado de las pacientes porque de todo se quejaban yo comente, yo cerraría por remodelación este hospital y mandaría a todo el personal a los generales de zona donde hay trabajo, para que valoraran lo que realmente es trabajar y no se estuvieran quejando, yo creo que así aprenderían a valorar muchas cosas, que sería una arma de dos filos o llegan sensibilizadas o llegan con otra actitud, pero volvemos a lo mismo el sindicato las defiende y no permite disciplinar a el personal y lo peor de todo que el nuevo personal que llega, rápido se adapta a la indisciplina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marriner Tomey Ann,(1999) Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/ Doyma Libros.pp.72-73, 99-100,103.

Cornejo, MA. (1997) Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México: Grijalva S.A.

Ariza C. ¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico? Actual.Enfer.1998; 1(4)

Pinto N. (1998) "Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado". En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.

Lic. Jiménez Trujano Laura, Lic. Mendoza Colorado Catalina, Lic. Montoya Martínez Adelina. (2009) división sua.Antología Obstetricia 1. 3ª Edición Octubre 2008.5ª Reimpresión pp. 363-372,375-376

Mondragòn Castro Héctor. (1985) Ed. Trillas 2ªReimpresion Agosto Obstetricia Básica Ilustrada.pag 204-216

COUUNNINGHAM Obstetricia de Williams. (2006) Vigésima edición editorial. Graw Hill.

Reeder Sharon J. (1995) Enfermería Materno Infantil. Vigésima Séptima Edicion.Editorial Interamericana McGRAW-HILL.pag.311, 31 2, 320, 598, 60, 611,614.

Henderson Virginia. (1961) Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1ª Edición Año de Publicación 1971.Editorial Consejo de Internacional de Enfermeras. Suiza.pag.63

Pacheco A. Ana Laura. (2005) Antología Sociedad, Salud y Enfermería, UNAM, ENEO, SUA, México.

Secretaria de Salud Subsecretaria de Innovación y Calidad, Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, Dic. 2001. pp. 11-21

Mattson. Susan- Smith, Judy E.AWWHONN, (2001) Enfermería Materno Infantil, 2ª edición, Mc Graw-Hill/Interamericana, México.pp. 232-265

Rosales Barrera Eva. Reyes Gómez. Susana (2004) Fundamentos de Enfermería 3ª.Ediccion, El Manual Moderno, México.pp. 38-39, 288-289,294-298,354-357,371-378, 398,400-406, 412,441, 472-474,506-510,548-573.

Alfaro R. (2003).Aplicacion del proceso de atención de Enfermería, Barcelona; España: Marín Diego.

P.Potter. (2004). Fundamentos de Enfermería –Valoración de la salud. Madrid; España: Mosby Doyma.

Henderson Virginia A.. (1994) La Naturaleza de la Enfermería.4ª Edicion.Editorial Interamericana-Mc Graw Hill. México.

Griffith W. Janet. (1994)Proceso de atención de enfermería de teorías y modelos. Editorial. El Manual Moderno. México.

Rohweder-Nordman. (1992) Bases científicas de la enfermería. Editorial la prensa medica mexicana. México.

Carpenito, Linda. J. (1999-2000) Manual de Diagnósticos de Enfermería Aplicados a la práctica clínica.Mc Graw-Hill.Editorial Interamericana 9ª Edicion.Madrid España.pp.201.205, 323, 596, 615,631.

García González María de Jesús. (1997) El Proceso de Enfermería. Según modelo de Virginia Henderson. ÉNEO UNAM, en el Proceso de Enfermería y modelo de Henderson Virginia .México, D .F. cap3.pp 21.

B.ERB, GK.Kosier. (1995)Concetos y temas en la practica de Enfermería 2 ed. Interamericana Mc GrawHill.Mexico.pp. 3-6, 20-25,29-31,99-105,111-113.

LD Leonard, (2002) Enfermería materno-infantil, Posparto normal, ed. Harcourt/Océano Barcelona España, 6ª.Edicion, pp.443-519.

Nightingale,(1985) traducción libre .pag.1043.

Gaceta Fundación Lamb, A.C.Año 1 Nov.2006 pag.16

Grispum Doris. (1992) “Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico”, en Memorias de la XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, México.

Castro Sánchez-Flores Rangel,(2000:19)Enfermería Geriatrica,Proceso Enfermero, Alianza 3 Grupo. Editorial, México 2006.pag.2007

Citas Electrónicas:

[http / wikipedia. org / wiki. virginia henderson.](http://wikipedia.org/wiki/virginiahenderson) Definición de Enfermería.
Consultado agosto 2010.

[http://www.monografias.com/trabajos16/virginiahenderson.shtml.intro.](http://www.monografias.com/trabajos16/virginiahenderson.shtml.intro) Consultado
septiembre 2010

[ntic.uson.mx/wiki salud/index.php/embarazo en adolescentes.](http://ntic.uson.mx/wiki_salud/index.php/embarazo_en_adolescentes)
Consultado octubre 2009.

[www.binass.sa.cr./adolescencia/broch.pdf.](http://www.binass.sa.cr/adolescencia/broch.pdf)
Consultado septiembre 2010.

[Http /www. Mchsdessa .com./Spanish/nursing.](http://www.Mchsdessa.com/Spanish/nursing)
Consultado septiembre 2010.

[www.mifarmacia.es/contenido/articulos.lactancia materna.](http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos.lactancia_materna)
Consultado septiembre 2010.

[Http/www: //cexpe. iztacla.unam.mx.](http://www://cexpe.iztacla.unam.mx) Mexico, Guillen V Roció del Carmen. Enfoque
conceptual de Enfermería. 2007. Consultado diciembre 2007.

[Html.rincondelvago.Historia de la enfermería .HTML.](http://html.rincondelvago.com/historia_de_la_enfermeria.html) Consultado octubre 2009

[Http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria.8105.Edit.HTM.](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria.8105.Edit.HTM) Consultado
octubre 2009.

[www.com/publicaciones/EEZVVEVu/tpkelHtp.reflexionessobre la filosofía, educación
y practica de de enfermeria.](http://www.com/publicaciones/EEZVVEVu/tpkelHtp.reflexionessobre_la_filosofia_educacion_y_practica_de_de_enfermeria) Consultado agosto 2010.

[http://www/tuguia infantil, com/index.php.](http://www.tuguia_infantil.com/index.php) Consultado octubre 2009.

GLOSARIO

Actividad tolerancia.-ejercicios graduados que incluyen andar, hacer bicicleta y subir escaleras de forma que se adquiriera confianza en la fase de convalecencia posterior a una enfermedades un aspecto importante de cualquier programa de rehabilitación.

Adaptación.-El establecimiento de una relación satisfactoria entre el individuo y su medio ambiente.

Afecto.- Emoción o estado de ánimo.

Agente Estresante.-Cualquier agente que causa un deterioro corporal. Se pueden clasificar en estructurales, fisiológicos, psicológicos y socioculturales (estrés-tensión).

Alto Riesgo.-Aumento de la probabilidad de sufrir daños, lesiones, pérdidas o muerte.

Apego.-Un vínculo afectivo estrecho y perdurable con otra persona.

Ayuda para la independencia.-Cualquier objeto que permita que una persona conserve o recupere la independencia.

Bienestar.-Parte del objetivo de la atención medica, que no solo trata de curar, sino de hacer llevadera la enfermedad mientras esta dura, de proporcionar alivio y el apoyo moral necesarios.

Crisis Situacional.-Crisis que surge súbitamente en respuesta a un suceso externo o a un conflicto que tiene que ver con una circunstancia especifica. Los síntomas son transitorios y el episodio por lo general es leve.

Factores de riesgo.-Circunstancias que hacen a una persona o un grupo de personas sean particularmente vulnerables a un suceso indeseado, desagradable o insalubre.

Temor.-Estado emocional intenso en el que hay una sensación de tensión desagradable, y un fuerte impulso de huida; es natural como una respuesta a una amenaza o peligro, que deja de ser natural si es permanente.

Valoración Conductual.-Valoración de los patrones de actividad, alimentación, sueño y capacidad

ANEXOS



FISIOPATOLOGIA DEL PUERPERIO

PUERPERIO NORMAL

Es el periodo en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Debemos destacar que sólo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

- a) **Puerperio inmediato:** Comprende las primeras 24 Hrs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- b) **Puerperio Mediato:** Abarca del 2° al 10° día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- c) **Puerperio Alejado:** Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- d) **Puerperio Tardío:** Puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

Puerperio inmediato: En este período el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia Uterina. En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa (fig. 1); y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes (fig. 2); la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores. Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

Retractividad: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.

La contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporal de la fibra muscular uterina.

Fig. 1 Placenta y Desidua Basal (sus capas)

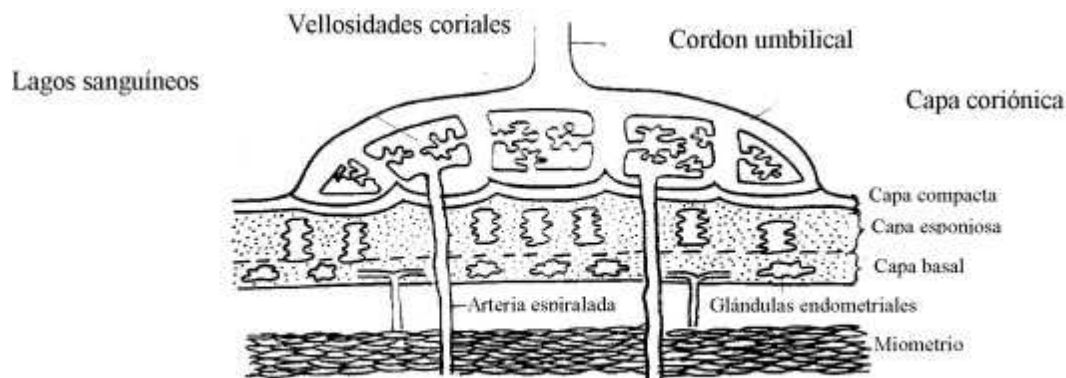


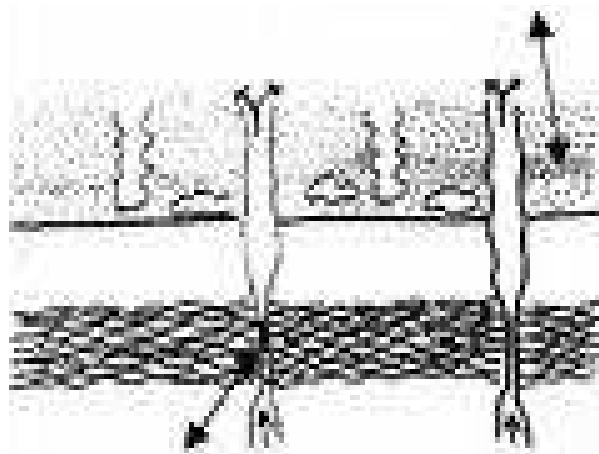
Fig. 1 – Placenta y Desidua Basal (sus capas)

Ambos fenómenos en conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivas de Pinard. Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales.

Luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 hrs. estos son hemáticos, y se pierden aproximadamente 500 ml. de sangre.

Fig. 2 Desidua basal luego del desprendimiento placentario

infiltración leucocitaria



Ligaduras vivientes

En este periodo aparecen episodios de escalofríos y palidez cutánea generalizada, estos pueden durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos que tratan de explicar estos fenómenos.

1. Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.
2. Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.
3. El pasaje al torrente sanguíneo de tejido trofoblástico, y sangre fetal provocan los temblores y escalofríos.

A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depleción

brusca del abdomen; la presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La tensión arterial se maneja dentro de los parámetros normales.

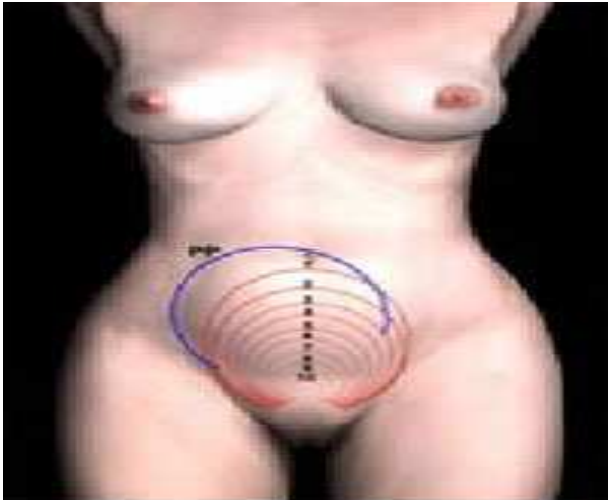
La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos pueden presentar escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos.

Puerperio Mediato: Durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pregrávidos:

Aparato genital: La cavidad uterina está cubierta por resto de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas. El lecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y basal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos, estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas. Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desematización del cérvix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neo formadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 - 2 cm/día

Involución uterina puerperal: El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este período. Las contracciones disminuyen en intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la desematización que sufre recupera su forma, longitud y consistencia, se restablece el canal cervical que al cuarto o quinto día no es permeable al dedo. La vagina se desematiza, reaparecen los pliegues vaginales y recupera su tonicidad. Igual mecanismo se pone en juego en la vulva.



Fenómenos humorales: La desematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución.

La leucocitosis se normaliza en este período, la hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros.

Signos vitales: La tensión arterial y la frecuencia cardíaca se mantienen dentro de parámetros normales. La temperatura al tercer o cuarto día experimenta una elevación por aumento del metabolismo mamario "bajada de la leche" este aumento no debe durar más de 24 hrs. con disociación axilorectal a predominio de la axilar y debe descartarse otro foco infeccioso.

Otros aparatos:

Piel y mucosas: Desaparece la hiperpigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a un tinte nacarado definitivo, desaparecen los hematomas subconjuntivales, las petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.

Tejido mioconjuntivo: La pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de diástasis, si la separación llega hasta la sínfisis púbica, la misma se considera definitiva.

Aparato urinario: La vejiga y la uretra se desematizan facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este periodo.

Aparato digestivo: los órganos digestivos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistensión intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.

Aparato respiratorio: La respiración se normaliza, vuelve a ser abdominal y desaparece la alcalosis respiratoria

Puerperio alejado: A partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo, miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.

Puerperio tardío: Se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal.

La correcta atención del puerperio consiste en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar

las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento.

Puerperio inmediato: La complicación mas temida en este periodo es la hemorragia, sus factores de riesgo son:

Multiparidad, edad mayor a 35 años, embarazo insuficiente o no controlado, macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios, coagulopatía, miomatosis uterino, cirugías uterinas previas, hiper estimulación uterina, parto precipitado, parto instrumental, distocia de hombros, alumbramiento patológico, parto no institucional, etc.

Control clínico: Luego de estar 2 hrs. en la sala de post alumbramiento la paciente pasa a la sala de puerperio donde se le efectuará durante este periodo, 3 controles / día. En cada control se evaluará:

1. Anamnesis: Se le interrogará sobre la presencia de síntomas relacionados o no al parto.
2. Examen físico:
 - a) control de signos vitales: se evaluará frecuencia cardíaca, pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, teniendo en cuenta aquellas alteraciones fisiológicas ya enunciadas.
 - b) Piel y mucosas: se buscará todos los signos relacionados con la anemia.
 - c) Aparato respiratorio y cardiovascular: se buscará la presencia de signos relacionados a patologías.
 - d) Abdomen- se buscará la presencia de puntos dolorosos, RHA, flatos y se palpará el útero a través de la pared abdominal. Se evaluará su ubicación, tamaño y consistencia, si duele o no. Se evaluará la herida quirúrgica en caso de cesárea abdominal.
 - e) Genitales externos; se evaluará los loquios cantidad, color y olor, se controlará la vulva, el periné y la episiorrafia.
 - f) Miembros inferiores: se evaluará la presencia de edemas y varices, se buscarán signos asociados a trombosis venosa profunda.

g) Control de los emuntorios: La paciente deberá orinar antes de las 12 hrs. de culminado el trabajo de parto. En caso de que no lo haga espontáneamente, se la invitará a levantarse e intentar la micción por si sola, si no lo hace se evaluará la presencia de un globo vesical o lesiones parauretrales y será necesario colocar una sonda vesical manteniendo las normas de asepsia. En pacientes anestesiadas la pérdida de sensibilidad puede ocasionar que no sienta deseo miccional, en esos casos se sugerirá la micción aunque no sienta deseos de hacerlo.

En los primeras 24 hrs. no es necesario que la paciente evacue sus intestinos.

3. Laboratorio: Se solicitará hemograma, VDRL y grupo y factor sanguíneo.

4. Indicaciones terapéuticas:

a) Uterorretractores:

Ergotínicos: Se utilizara ergonovina 0.6 mg. /día, vía oral o intramuscular, metil ergometrina 0.6 mg. /día intramuscular, metil ergonovina 0.4 mg. /día vía oral. El uso de Ergotínicos este contraindicado en pacientes hipertensas, se indicará por 24 hrs. o se podrá utilizar más días según evolución obstétrica.

Oxitócicos: Está indicado en pacientes hipertensas o con factores de riesgo para hemorragias, se usará asociado a Ergotínicos.

b) Antibiótico terapia: Se indicará el uso de antibióticos en pacientes con episiorrafia, cesárea abdominal y factores de riesgo para infección. Si durante la cesárea abdominal o la episiorrafia se mantuvieron normas de asepsia y no existen factores de riesgo para infecciones se realizará antibiótico profilaxis con cefalotina 1gr. por vía endovenosa o intramuscular durante el acto quirúrgico y otro gramo a las 6 hrs.; si no se dan las condiciones enunciadas anteriormente se realizará tratamiento antibiótico completo durante 7 - 10 días, las drogas de elección son: ampicilina, amoxicilina, cefalexina, cefalotina, eritromicina, gentamicina, etc.

c) Analgesia: En caso de cesárea abdominal o episiorrafia, se indicará analgesia las primeras 24hrs.³⁷

³⁷ Héctor Mondragòn Castro. (1985) Ed. Trillas 2ª Reimpresion Agosto Obstetricia Básica Ilustrada.pag 204-216

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO.

ORGANO	INMEDIATO	MEDIATO	TARDIO
LECHO PLACENTARIO	<ul style="list-style-type: none"> -Globo de seguridad o de Pinard. -Mitad del tamaño cuando estaba la placenta. 		<ul style="list-style-type: none"> -Obliteración completa de los vasos. -Infiltrado granulocítico. -Células mononucleares.
VAGINA	<ul style="list-style-type: none"> -Sobredistendida. -Paredes lisas <p>INTROITO: edematoso y eritromatoso.</p>	-Sobreditendido	<ul style="list-style-type: none"> -Engrosa la mucosa. -Sequedad localizada. -Inicia la producción mucocervical.
MAMAS	<ul style="list-style-type: none"> -Blandas con masas móviles -Inicia producción calostro. (líq. Amarillo) 	<ul style="list-style-type: none"> -Calientes y firmes. -Hipersensibles -Dependiendo del estímulo succión, aumento en la producción. (Leche blanco-azulosa) 	-Aumento en la producción, dependiente de estímulo.

URINARIO	<ul style="list-style-type: none"> -Edematoso -Congestionado. -Hipotónico. -vaciamiento incompleto -Estasis urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recupera tono vesical. -vaciamiento completo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Normal.
GASTROINTESTINAL.	<ul style="list-style-type: none"> -Poca motilidad intestinal. -Malestar y distensión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estreñimiento. -Recupera motilidad relacionado a ingesta de líquidos y fibra. 	<ul style="list-style-type: none"> -Normal.
MUSCULO-ESQUELÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> -Músculos abdominales, blandos, débiles y laxos. -Disminución de sensibilidad en extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recuperación paulatina. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recuperación total. -Ejercicio moderado hasta 6 semanas después.

METABÓLICOS	-Disminución de glucosa sanguínea, triglicéridos.	-Disminución ácidos grasos totales y no esterificados.	-Disminución de triglicéridos plasmáticos.
CARDIO-VASCULARES.	-Aumento de factores de coagulación.(I,II,VIII,IX y X). -Gasto cardiaco elevado	-Disminución de fibrinógeno plasmático.	-Coagulación normal. -Gasto cardiaco normal.
HEMATO-POYETICO	-Incrementa la hematopoyesis 15 %. -mayor eritropoyetina circulante. Leucocitosis. (20 000 a 25 000). Hiperactividad MO	- Disminuye paulatinamente.	Cifras normales.

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL PUERPERIO

La mujer, en el embarazo, sufre muchos cambios tanto fisiológicos como físicos que tienen mucha importancia para el desarrollo del embrión y finalmente del bebé. Uno de estos notables cambios es el aumento de la glándula mamaria. El siglo actual se conoce como "La Década de la Lactancia" ya que se ha demostrado que la leche materna es el principal alimento del que debe alimentarse el recién nacido, al menos, durante los primeros cuatro meses de vida.

No siempre es fácil la extracción de leche, ya que, en ocasiones el bebé tarda más tiempo en adaptarse al pecho de la madre y aumentar el reflejo de succión. Para ello, se encuentran productos que ayudan a mantener la lactancia materna el mayor tiempo posible y consejos para conseguir el mayor rendimiento en la lactancia.³⁸(26)

Fisiología

En el embarazo, la glándula mamaria experimenta un notable crecimiento de tamaño. Mediante el hipotálamo (área cerebral que controla la producción de la mayoría de hormonas) la segregación hormonal varía, produciéndose por ello muchos cambios en la mujer, entre ellos favorece la involución uterina, durante la lactancia, ayuda como método anticonceptivo.

En la lactación se distinguen tres procesos:

1. El inicio de la producción de leche o lacto génesis. (En este período interviene la prolactina).
2. El mantenimiento de la secreción láctea o lactopoyesis.
3. Y finalmente, la salida de la leche o eyección, debida al aumento de la oxitocina.

La oxitocina, es la hormona que provoca la salida de la leche, también depende de la estimulación, pero en esta hormona, no sólo influye la succión, sino que también se libera por estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos (de ahí la importancia de la tranquilidad en el momento de la lactancia y del vínculo afectivo madre-recién nacido).

El reflejo de eyección está muy influido por factores psicológicos, y por ello, se sabe que la ansiedad, estrés y malestar materno pueden inhibir el reflejo de eyección.

³⁸ www.mifarmacia.es/contenido/articulos.lactancia materna. Consultado septiembre 2010.

TIPOS DE SUCCIÓN DE ACUERDO AL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO AL ALIMENTARSE.³⁹

TIPO	CARACTERÍSTICAS	FORMA DE LACTANCIA.
BARRACUDA	El niño en forma rápida, toma y aprieta el pezón, con enérgica succión, por espacio de 10-20 min. Es vigoroso, lastimando al pezón	Se recomienda romper la succión negativa que ejerce el bebé al succionar, metiendo el dedo entre la mama y el carrillo del bebé.
EXCITADO	El bebé toma el pezón con movimientos alternativos de presión y relajación. Se requiere que la madre lo calme antes de volver a empezar, toma algunos días adaptarse.	Se recomienda envolverlo para que no se excite con sus propios movimientos. Tener paciencia, apoyo familiar.
DESINTERESADO O FLOJO	No muestra interés por tomar el pezón hasta el 4º. O 5º. Día esperando que la leche fluya con facilidad.	Darle de comer destapado Utilizar el reflejo condicionado para que inicie la lactancia.
GOURMET	Toma el pezón disfrutando unas gotas; chupeteándose los labios antes de comenzar a succionar de nuevo, si se le insiste se enojará, es mejor tener calma y esperar a que solo marque su ritmo.	Utilizar el reflejo condicionado para que inicie la lactancia adecuada.

³⁹ <http://www.tuguia infantil.com/index.php>

Este tipo de patrones de succión esta dado por la personalidad de cada bebé estás pueden variar desde ser bebés con temperamento lento, suave o difícil.



Es importante que la madre haya sido capacitada y preparada física y psicológicamente durante su control prenatal. En salas de parto, se deberá realizar el inicio temprano. Posteriormente se enseñará y evaluará la técnica de amamantamiento para garantizar una Lactancia Materna exitosa.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Baño general diario. Durante el baño realice palpación de sus senos y verifique que estén blandos, sin nódulos o tumoraciones (acumulación de leche)
2. Lavado de manos antes de lactar al niño.
3. El niño debe estar limpio y seco para ser alimentado.
4. Mantenga al niño descubierto (libre de cobertores) mientras lo lacta, para evitar que se duerma. Lo anterior permite contacto libre y estrecho con su madre. Evite mover el niño bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
5. Adopte la posición más cómoda, ya sea sentada o acostada con la espalda bien apoyada.
6. No se debe lavar la mama, antes ni después de dar de comer al niño, pezón antes y después de amamantar al niño.
7. Haga extracción de una pequeña cantidad de leche y aplique en el pezón antes y después de amamantar al niño.

8. La humedad favorece la proliferación bacteriana (infecciones) y formación de fisuras, por tanto después de amamantar aireé los senos durante el mayor tiempo posible.
9. Si durante los primeros días de lactancia presenta fisuras y dolor en los pezones no la suspenda, trátelos con leche materna y utilice la técnica correcta de amamantamiento. Consulte a un grupo de apoyo comunitario o a una institución de salud.
10. Para mantener la producción y secreción de leche, recomiende a la madre dar a libre demanda, estar tranquila, feliz y descansar mientras su hijo duerme.
11. Coloque al niño de tal forma que sus bracitos no interfieran entre la boca y el seno, el contacto con el seno materno debe ser estrecho.
12. Mientras en niño amamanta, su cuerpo debe estar frente al de la madre sin que tenga que extender o girar la cabeza para comer.
13. Coloque al niño en el seno hasta que lo desocupe y páselo al otro seno. En la próxima toma inicie con el último seno que ofreció en la toma anterior.
14. Cuando la lactancia es exclusiva y a libre demanda, el niño no necesita recibir agua ni jugos. La leche materna suple las necesidades nutricionales y de líquidos en el niño.
15. Durante los tres primeros meses de lactancia evite cualquier ejercicio fatigante.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo en jóvenes en la actualidad, aumenta asombrosamente debido a las actitudes tomadas por los jóvenes en la actualidad, la poca conciencia que toman y la necesidad de experimentar nuevas sensaciones al igual que los grupos de amigos con los que socializan, son las razones por que los jóvenes son orillados a experimentar del sexo antes de tener una madurez necesaria para razonar las consecuencias que puede traer la decisión de tener sexo con una pareja.

También los padres por no tener un conocimiento sobre el tema o por vergüenza de tratar estos temas de sexualidad con sus hijos les niegan la sabiduría que ellos poseen, los padres de la actualidad deben de tener tiempo para hablar con sus hijos de las decisiones que tomen y que deben tener una responsabilidad por cada decisión que tomen como individuos productivos de una sociedad tan abierta a los cambios.

Riesgo de salud en las adolescentes

Los riesgos que puede traer un embarazo no esperado o anticipado puede que gaste la salud de la joven que esta embarazada la joven probablemente no esta sexualmente preparada para dar a luz a una vida o para soportar los largos y duros nueve meses de embarazo.

Mientras que en los jóvenes la presión de trabajar y ser padres a tan poca edad y ser responsable, ya de la vida de una familia es poco saludable para un joven.

Sin contar con los problemas sociales que hay que soportar y los problemas familiares si es que la familia de los jóvenes involucrados no le dan el apoyo a la joven pareja que esta intentando darle una vida aun ser humano, también hay que tomar encuentra las tensiones que surgen en la pareja por no tener la madurez necesaria para soportar ese tipo de presión.⁴⁰

Consecuencias de la maternidad en adolescentes

Las consecuencias que puede traer el embarazo en jóvenes es desintegración familiar una vida infeliz e inclusive llegar a utilizar drogas como un recurso totalmente desesperado.

Tener sexo y procrear una vida puede que lleve a una vida de insatisfacciones si es que los padres no están preparados para traer una nueva vida.

⁴⁰ www.binass.sa.cr./adolescencia/broch.pdf.

Se debe tomar en cuenta que los padres jóvenes no disfrutan de la flor de su vida a lo que lleva que los jóvenes y su poca madurez podría llevarlo a tomar varias decisiones que podría orillar a que la pareja decida vivir sin el apoyo del cónyuge.

Los riesgos que puede traer un embarazo no esperado o anticipado puede que gaste la salud de la joven que esta embarazada la joven probablemente no esta sexualmente preparada para dar a luz a una vida o para soportar los largos y duros nueve meses de embarazo.

Mientras que en los jóvenes la presión de trabajar y ser padres a tan poca edad y ser responsable, ya de la vida de una familia es poco saludable para un joven.

Sin contar con los problemas sociales que hay que soportar y los problemas familiares si es que la familia de los jóvenes involucrados no le dan el apoyo a la joven pareja que esta intentando darle una vida aun ser humano, tan bien hay que tomar en cuenta las tensiones que surgen en la pareja por no tener la madurez necesaria para soportar ese tipo de presión. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmar el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar la carrera de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Frecuentemente, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos.

Por todo lo anterior, el embarazo en adolescentes, necesita un abordaje integral bio-psico-social por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y, en este aspecto, específico de la maternidad paternidad.

Factores que influyen en el embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes, generalmente es producto de una escasa e insuficiente información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al sexo y los roles porque es necesario que éste se pueda adaptar a su ambiente y a los individuos que lo rodean, para que comprenda las responsabilidades y deberes que va a tener y también para poder desempeñar esa función sexual “aprobada por la sociedad”,

Se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos.

a) Factores predisponentes.

1) MENARCA TEMPRANA. Otorga madurez reproductiva aún cuando no maneja las situaciones de riesgo.

2) INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES. Cuando aún no existe madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3) FAMILIA DISFUNCIONAL. Uniparentales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres- hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4) BAJO NIVEL EDUCATIVO. Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo,

5) MIGRACIONES RECIENTES. Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

6) PENSAMIENTOS MÁGICOS. Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

7) FANTASÍAS DE ESTERILIDAD, Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

8) FALTA O DISTORSIÓN DE LA INFORMACIÓN. Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando, se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

9) CONTROVERSIAS ENTRE SU SISTEMA DE VALORES Y EL DE SUS PADRES. Cuando es una familia, hay una severa censura hacia las relaciones

sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

10) AUMENTO EN NÚMERO DE ADOLESCENTES. La población femenina alcanza el 50% de la población.

11) FACTORES SOCIOCULTURALES. La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socio-económicos.

b) Factores determinantes.

1) RELACIONES SIN PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA,

2) ABUSO SEXUAL.

3) VIOLACIÓN

Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales, no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Muchas adolescentes en esta situación se vuelven muy dependientes de su propia madre, no identifican a su hijo como un ser (in?)Dependiente de ellas y no asumen su crianza, que queda a cargo de los abuelos.⁴¹

⁴¹ [ntic.uson.mx/wiki_salud/index.php/embarazo en adolescentes](http://ntic.uson.mx/wiki_salud/index.php/embarazo_en_adolescentes). Consultado octubre 2009.

Aspectos psicosociales del puerperio

La valoración de los factores emocionales de comportamiento y de tipo social en el puerperio, permiten que la enfermera identifique la necesidad de apoyo, instrucción y orientación anticipada, tanto a la madre, como en la familia, su respuesta a la experiencia del parto y los factores que afectan al desarrollo de las nuevas responsabilidades paternas y maternas. La enfermera también valora el nivel de conocimientos de la madre y su capacidad con respecto a cuidado personal, cuidados infantiles y de preservación de la salud.

En la adaptación a los papeles de padre y madre y al cuidado del recién nacido, se observan diversos comportamientos maternos que indican respuesta de adaptación al recién nacido y a la responsabilidad de cuidarlo. Las nuevas madres que carecen de experiencia, quizá encuentren ciertas dificultades al cuidar al niño debido a la falta de conocimientos y experiencia, con la práctica esta capacidad aumenta, al igual que la autoestima, lo cual favorece una respuesta emocional positiva hacia el niño.

Es probable que los padres que tienen tensiones de vida significativas, dificultades socioeconómicas, problemas de salud y complicaciones relacionadas con el embarazo, no se adapten con tanta eficacia a su nuevo papel. La mala adaptación se debe a que ambos padres responden de manera ineficaz e inadecuada a las necesidades del niño. Las personas que no desarrollan una sensación de competencia personal y tienen poco control de sus vidas, con frecuencia presentan dificultades de adaptación de este tipo.

Ante la paternidad, el padre también presenta respuestas positivas o negativas de adaptación. Se pueden valorar los mismos comportamientos para determinar el nivel de adaptación paterna. Es necesario tomar en cuenta el efecto de las diferentes prácticas culturales en los papeles paterno y materno.

HISTORIA CLINICA

Nombre: R.S.I.

Edad: 17 años. Estado civil: Unión Libre. Religión: Católica.

Escolaridad: Primaria terminada.

Servicio: Hospitalización, habitación compartida.

Diagnóstico clínico: Puerperio mediato con picos febriles en estudio.

APNP: Paciente femenina de 17 años de edad, en puerperio mediato, niega tabaquismo y alcoholismo, no farmacodependiente. Grupo sanguíneo y Rh O+.

APP: No diabéticos, Hipertensos, cardiopatías y neuropatías, no transfusionales no traumáticos.

AHF: Padre vivo de 36 años aparentemente sano, Madre sana de 35 aparentemente sana, hermano P. de 15 años, aparentemente sano, hermano S. de 13 años de edad aparentemente sano, hermana I. 10 años aparentemente sana.

Antecedentes Gineco-obstétricos: Menarca 11 años, telarca 11 años, Pubarca 12 años, ciclos regulares de 30 x 5 días, no dismenorreica, control prenatal a partir del cuarto mes, FUR 21 Enero, FPP 28 Octubre 2009, G I P I, IVSA 15 años, una pareja sexual, no sabes si esta circuncidado, Parto eutócico, en medio hospitalario prolongado por tamaño fetal, pelvis adecuada para parto,

Alimentación: Refiere consumo de carne muy esporádica 1 x 30 (por alto costo), verduras 2-3 x 7, frutas 2-3 x 7, leguminosas 7x7, pastas 7 x 7, leche 2-3 x 7, número de tortillas 8-10 diarias, número de piezas de pan 1 x 7, litros de agua al día 1 – 1.5 litros. Con horarios más o menos adecuados.

Higiene y Limpieza: Refiere baño cada tercer día con cambio de ropa completa de la misma forma. Higiene dental 1 vez por día. Aparentemente no caries pero con problema de gingivitis leve.

Eliminación: Evacuaciones 1-2 diarias, uresis frecuentes no especificados.

Descanso: Apropiado duerme de 7 -8 horas diarias.

Recreación: Nula por no tener hábitos de recrearse, se mantiene ocupada con las tareas del hogar.

Dinámica Familiar: Familia compuesta en fase de dispersión pero dependiente de los padres de ambos cónyuges por minoría de edad, con ingresos familiares de salario mínimo que solo cubre necesidades elementales, habitan en un cuarto prestado por la familia del cónyuge y comparten el resto de la casa, no sabe cuando podrán irse a vivir solos. Aparentemente integrada a su nueva dinámica familiar con pocos conflictos emocionales pero si con gran influencia de la madre y suegra con respecto a los cuidados que dará al recién nacido. El cónyuge se muestra cooperador y contento con el bebé pero preocupado por la manutención de ambos por bajo sueldo (sueldo mínimo, sin ningún tipo de prestaciones) trabaja como obrero de primer ingreso, ella dejó escuela por el embarazo.

Laboratorio:

BH. Hemoglobina 11, Hematocrito 33, Leucocitosis de 20 000. Resto normal.

QS. Glucosa 95mg. Nitrógeno ureico 8.0, Sodio 128, resto normal.

EGO: normal

Urocultivo y Exudado Faríngeo pendientes resultados

INDICACIONES MÉDICAS

De ambulación y baño.

Dieta normal con agua a libre demanda

C.G. E y curva térmica cada 4 horas

Vigilar cantidad y características de los loquios.

Lactancia materna.

Paracetamol 500 mg. VO en caso de que fiebre

Iniciar antibióticos; dependiendo de resultado de cultivos

“GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA”(anexo 1)

Basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: R.G.M. Edad: 17 años Sexo: mujer

Ocupación: ama de casa Escolaridad : primaria

Religión: católica Lugar de residencia: D.F.

Estado civil : unión libre Religión: católica

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

BIOFISIOLÓGICO

La paciente se encuentra alerta, su frecuencia respiratoria es de 22 respiraciones por minuto, rítmicas regulares, campos pulmonares bien ventilados sin alteración

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

BIOFISIOLÓGICO

En cuanto a la eliminación vesical refiere no haber miccionado se le palpa globo vesical, no refiere estreñimiento

SOCIOCULTURAL

Siente temor de alguna complicación

PSICOEMOCIONAL

Se tranquiliza al explicarle las intervenciones de enfermería

ESPIRITUAL

3. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

BIOFISIOLÓGICO

Cuenta con todas sus piezas dentales, mucosa oral hidratada, aunque toma muy pocos líquidos, dieta insuficiente en fibra, carne y frutas.

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

4. NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN.

BIOFISIOLÓGICO

Presenta temperatura corporal de 38 grados motivo de estudio, su habitación se mantiene con buena ventilación e iluminación.

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

5. NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

BIOFISIOLÓGICO

Respecto a la posición que adquiere, refiere leve dolor en la zona de episiorrafia, realiza pocos movimientos.

SOCIOCULTURAL

Falta de conocimientos e inexperiencia

PSICOEMOCIONAL

El dolor no permite que mantenga una posición adecuada

ESPIRITUAL

6. NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

BIOFISIOLÓGICO

La mayor parte de el tiempo se mantiene despierta por temor de descuidar a su bebe aunque a ratos duerme

SOCIOCULTURAL

Se encuentra en un medio desconocido ,fuera de su ámbito familiar ,con desconocimiento de los procesos que esta viviendo

PSICOEMOCIONAL

Cansada inquieta

ESPIRITUAL

7. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN E LA PIEL.

BIOFISIOLÓGICO

No requiere apoyo para la realización de esta necesidad, la piel esta hidratada.

SOCIOCULTURAL

Falta de conocimiento en medidas de higiene.

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

BIOFISIOLÓGICO

No presenta ninguna dificultad al vestirse

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

BIOFISIOLÓGICO

Desconoce la postura que debe adoptar al caminar y para amamantar al r.n, episiotomía, ingurgitación mamaria, falta de métodos anticonceptivos.

SOCIOCULTURAL

Entorno desconocido, falta de conocimientos que se realizan, madre soltera.

PSICOEMOCIONAL

Angustia, temor, inexperiencia, déficit de conocimientos

ESPIRITUAL

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

BIOFISIOLÓGICO

Mantiene buena comunicación con su familia, ya que es totalmente dependiente por falta de capacidad para la toma de decisiones

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL

Reza y se encomienda a dios

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

BIOFISIOLÓGICO

Es católica

SOCIOCULTURA

Falta de conocimiento del proceso que vive

PSICOEMOCIONAL

Temor a causa de sus creencias

ESPIRITUAL

Sentimientos de impotencia y culpa

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

BIOFISIOLÓGICO

No trabaja dejó de estudiar por el embarazo es totalmente dependiente de padres y suegros. Sólo se dedica al hogar

SOCIOCULTURAL

Edad, escolaridad, madre soltera

PSICOEMOCIONAL

Rol materno no esperado, estrés

ESPIRITUAL

Deseo de actuar en su nuevo rol, arrepentimiento.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

BIOFISIOLÓGICO

Escucha música y ve televisión, tiene buena memoria, no participa en actividades recreativas, la mayor parte de el tiempo esta en su casa.

SOCIOCULTURAL

Su mamá la apoya

PSICOEMOCIONAL

Temerosa por desempeñar su nuevo rol

ESPIRITUAL

Tiene fe que Dios la va ayudar a salir adelante

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

BIOFISIOLÓGICO

Desconoce métodos de planificación familiar, como cuidar a su bebe y el cuidado que ella debe tener posterior al parto ,la importancia de la lactancia materna para ella y para el r.n.

SOCIOCULTURAL

Déficit de conocimientos, inexperiencia, entorno desconocido

PSICOEMOCIONAL

Temor a lo desconocido, ansiedad, estrés

ESPIRITUAL

Arrepentimiento

Para conocer el tipo de dependencia manifestada por la paciente, se utilizó el formato siguiente: (anexo 2)

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación	x		
2	Nutrición e hidratación	X		
3	Eliminación			X
4	Moverse y mantener una buena postura			X
5	Descanso y sueño	X		
6	Uso de prendas de vestir adecuadas			X
7	Termorregulación			X
8	Higiene y protección de la piel	X		
9	Evitar peligros		X	
10	Comunicarse		X	
11	Vivir según las creencias y valores	X		
12	Trabajar y realizarse		X	
13	Jugar y participar en actividades recreativas		X	
14	Aprendizaje		X	

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE