



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Aplicado a paciente obstétrica cursando
Puerperio quirúrgico
Basado en Modelo de Virginia Hendersón**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
DE JESÚS MONDRAGÓN MA. GRACIELA
Número de cuenta: 40701730-4

DIRECTOR ACADÉMICO
LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ



MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGÍA.....	4
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	
1.1 Proceso Atención de Enfermería.....	5
1.1.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	7
1.1.1.1 Valoración.....	8
1.1.1.2 Diagnóstico.....	12
1.1.1.3 Planificación.....	17
1.1.1.4 Ejecución.....	21
1.1.1.5 Evaluación.....	22
1.2 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	24
1.2.1 Catorce Necesidades.....	26
1.3 Patología de la Persona	
1.3.1 Cesárea.....	29
1.3.2 Sufrimiento Fetal.....	37
1.3.3 Ruptura Prematura de Membranas.....	41
CAPÍTULO II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE OBSTETRICA, CURSANDO PUERPERIO QUIRÚRGICO.	
2.1 Presentación del caso clínico.....	47
2.2 Valoración.....	48
2.3 Diagnósticos.....	58
2.4 Planeación.....	61
2.5 Ejecución.....	62
2.6 Evaluación.....	79

CONCLUSIONES.....	81
SUGERENCIAS.....	82
GLOSARIO.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85

INTRODUCCIÓN

Actualmente a pesar de que el embarazo o gestación es un proceso fisiológico que generalmente se desarrolla sin contratiempos, pueden presentarse algunas alteraciones como consecuencia de la incapacidad a una nueva homeostasis. Por eso es importante que la persona en etapa reproductiva conozca desde la anatomía de su cuerpo, pasando por el aspecto fisiológico, hasta todo el proceso que lleva un embarazo y así poder identificar paso a paso la etapa gestacional, así algún signo de alarma que pudiera determinar alguna anomalía en él.

También podemos observar un alto índice de maternidad en la adolescencia, lo que conlleva a mayor demanda de servicios que muchas veces no pueden ser cubiertos y si a eso le sumamos la falta de responsabilidad por parte de las adolescentes y a la mujer en etapa reproductiva en general que no acuden al control prenatal llega a ser una situación difícil y en ocasiones un factor de estadística de morbi-mortalidad obstétrica.

Es importante conocer el enfoque de riesgo y anticipar acciones preventivas y terapéuticas con el propósito de evitar los daños a la salud perinatal.

Enfermería desempeña un papel primordial en este ámbito, pues actúa en el desempeño al lado de un conjunto de profesionales que posee un elevado nivel académico de compromiso, formación, competencia y que realiza una contribución social importante.

El proceso que les presento fue realizado a una persona de 29 años, quien cursaba puerperio quirúrgico mediato, teniendo que ser intervenida con cesárea tipo Kerr, ya que tenía ruptura prematura de membranas de 30 minutos y se hablaba de sufrimiento fetal con presencia de líquido amniótico.

Cesárea es la extracción del producto del útero al través de una incisión en la pared abdominal.

Este trabajo abarca las siguientes etapas:

Marco teórico el cual está integrado por el Proceso Atención de Enfermería y las etapas que la conforman, así como también generalidades del Modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades básicas, las cuales cubren los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales.

Se incluye el proceso de la cesárea, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal y las intervenciones que enfermería realiza. Por último encontramos el Proceso Atención de Enfermería por etapas, presentación del caso clínico, valoración de la persona, historia clínica, planificación, ejecución y valoración de los cuidados proporcionados para su pronta recuperación.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es primordial en nuestra vida diaria al lado de nuestras personas. En él se encuentran los elementos interrelacionados formando un círculo continuo de pensamiento y acción a través del contacto de la persona con el sistema de atención a la salud.

El proceso combina las habilidades de pensamiento crítico y de unos buenos cuidados de enfermería, ya que crea un método de resolución activa en un problema, dinámico y cíclico a la vez.

Los cuidados de enfermería tienen un papel decisivo en todas las fases de los cuidados agudos así como en el mantenimiento del bienestar general (prevención de la enfermedad, rehabilitación y optimización de la salud), cuando no se puede restablecer la salud en el alivio del dolor y de las molestias, a una muerte tranquila.

Con este fin la profesión de enfermería ha definido un proceso de resolución de problemas que combina los elementos más deseables del arte de la asistencia con los elementos más relevantes de la teoría de sistemas aplicados al método científico.

El modelo de Virginia Henderson se adapta de una manera adecuada a nuestras actividades y a las necesidades de la persona, su definición es:

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte) actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a enfermería cumplir esta misma en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.¹

¹ CARPENITO LINDAS JUALL(2002). *Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica*, 9ª edición. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Colombia

OBJETIVOS

GENERALES

Integrar los conocimientos teóricos prácticos adquiridos básicos de los aspectos anatomofisiológicos, psicosociales y culturales que llegan a intervenir en el proceso reproductivo y que permita proporcionar cuidados que llegue a requerir la mujer con alto riesgo perinatal y al recién nacido, durante su estancia hospitalaria, teniendo como eje central el proceso enfermero, así como aplicar los conocimientos adquiridos durante el periodo teórico de la asignatura de Obstetricia y que serán fortalecidos con este proceso durante la etapa puerperal de la persona.

ESPECÍFICOS:

Aplicar las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Aplicar estrategias con enfoque de riesgo, para valorar las necesidades de la mujer en etapa reproductiva y determinar la participación del LEO, en el diagnóstico, planificación y ejecución de los cuidados de enfermería.

Proporcionar cuidados a la persona en la etapa del puerperio, considerándolo como consecuencia de los riesgos que la persona pudo haber presentado durante el embarazo que llegan a generar problemas puerperales y muchas veces mortales.

METODOLOGÍA

El presente Proceso de Atención Enfermería fue realizado en una persona en Puerperio quirúrgico, post Ruptura Prematura de Membranas de 30 minutos, así como sufrimiento fetal, se tomaron múltiples fuentes de información para poder llevar a cabo este proceso.

Criterios de Resultados.- Se Eligió una persona obstétrica a la que se practicó cesárea tipo Kerr y se encontraba hospitalizada en el área de alojamiento conjunto, del HOSPITAL MATERNO INFANTIL XOCHIMILCO EN LA CD. DE MÉXICO.

Se cuenta con la previa autorización verbal de la persona se aplicó un instrumento de valoración basado en el Modelo de Virginia Henderson, se llevó a cabo de manera adecuada las etapas del Proceso de Enfermería.

La fuente de información.- se tomó directamente de la persona y de su abuela así como del expediente de la persona.

Este trabajo incluye dos partes, la primera abarca marco teórico, sobre Proceso Atención de Enfermería, fisiopatología de ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal, así como cesárea. La segunda parte se describe el Proceso de Atención Enfermería específico de la persona.

1.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actual y potencial de la persona, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico, esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica.

Los profesionales de enfermería requieren capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el PAE. Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad de la persona, promocióne la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad.

Las capacidades técnicas se manifiestan en el uso del aparataje y la aplicación de protocolos. Las capacidades intelectuales incluyen la resolución de problemas, el pensamiento crítico, y el establecimiento de juicios de enfermería. La toma de decisiones se implica en todos los componentes del PAE.

Características

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

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

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

Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño de la persona y el de la propia enfermera (o).

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

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

Visión general de los objetivos y actividades del proceso de enfermería

Componentes y objetivos	Actividades
Valoración Establecer una base de datos	Recoger datos de la historia de salud Exploración física Revisión de otros registros Consulta a los allegados Revisión bibliográfica Verificación de los datos
Diagnóstico Identificar las necesidades de cuidado de la persona y preparar la relación de diagnóstico	Organizar los datos Comparar los datos con los modelos Agregar o agrupar los datos (generar tentativas de hipótesis) Identificar fallos e inconsistencias Determinar los problemas de salud de la persona, riesgos, y fuerzas Formular los planeamientos del diagnóstico de enfermería
Planificación Identificar los objetivos de la persona y las actividades apropiadas de enfermería	Establecer prioridades Establecer metas y criterios de evaluación Seleccionar estrategias de enfermería Consultar con otros profesionales Escribir las ordenes de enfermería Redactar el plan de asistencia
Ejecución Realizar el plan de enfermería de ayuda de la persona según los objetivos	Tranquilizar a la persona Actualizar la base de datos Examinar y revisar el plan de cuidados Realizar las intervenciones de enfermería planificadas
Evaluación Determinar el grado en que se han conseguido los objetivos	Recogida de datos sobre la respuesta de la persona Comparar la respuesta con los criterios de evaluación Analizar las respuestas Modificar el plan de cuidados

1.1.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud de la persona. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, intelectuales y espirituales, se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en las fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

El diagnóstico es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico, el cual, constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud de la persona. El análisis lleva implícita una afirmación sobre las respuestas de la persona que los profesionales de Enfermería estén autorizadas a tratar.

Un problema de salud actual aquél que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud.

La planificación implica una serie de fases, en las cuales los profesionales de Enfermería establecen las prioridades, anotan los objetivos y las respuestas esperadas, y escriben las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con la persona, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

La ejecución consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, los profesionales de Enfermería continúan recogiendo datos y validando el plan realizado. La recogida continua de información es esencial, no sólo para descubrir los cambios en el estado de la persona, sino también para obtener aquellos datos que servirán para la evaluación de los objetivos de la siguiente fase. Para validar el plan los profesionales de Enfermería determinan: (a) si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, (b) si se han considerado la prioridades de la persona, (c) si el plan esa individualizado para cubrir las necesidades particulares de la persona.

La evaluación se valora la respuesta de la persona a las actuaciones de enfermería y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a **criterios de respuesta** o **criterios de evaluación**. los profesionales de Enfermería determinan en qué medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no sean conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del PAE.

1.1.1 VALORACIÓN

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud de la persona. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, intelectuales y espirituales, se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en las fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Incluye la recogida de datos y la confirmación, y es necesario antes de que el diagnóstico de enfermería pueda ser hecho. Valorar es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería.

Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la exactitud y recogida completa de los datos (información).

Una base de datos es toda la información disponible sobre la persona, incluyendo la historia y exploración médica, la historia y exploración de enfermería, así como otras informaciones procedentes del resto de profesionales de la salud.

La recogida de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud de la persona. Con la recogida sistemática disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos, y con la recogida continua se asegura la actualización, reflejándose los cambios que puedan aparecer en el nivel de salud de la persona.

TIPOS DE DATOS

Pueden ser objetivos y subjetivos.

Los datos objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos.

Los datos subjetivos, en cambio solo son evidentes para la persona afectada, y únicamente ella puede describirlos o verificarlos, como el dolor, el prurito y la preocupación. Los demás datos subjetivos se recogen durante la historia de la enfermería e incluyen la percepción de la persona del estado personal de salud y la situación de su vida.

Se denominan signos o manifiestos los datos objetivos y a los subjetivos se les denominan síntomas o datos recubiertos. Los datos se pueden clasificar también en variables o constantes.

Fuentes de datos

Pueden ser primarias o secundarias

Fuente primaria: la persona es la principal fuente de datos

Fuente secundaria: se encuentran los familiares, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografía sobre el tema.

- Los allegados, los familiares y amigos pueden dar información.
- Los profesionales de la salud. Son fuentes de información sobre la salud de la persona, enfermeras, trabajadoras sociales, médicos etc.
- La historia. Es una fuente de información y enfermedades anteriores de la persona
- Otros registros. Informes, análisis de laboratorio
- Bibliografía. Una revisión bibliográfica, incluyendo revistas y libros profesionales, pueden proporcionar información adicional a la base de datos.

Métodos para la recogida de datos

Los principales son la entrevista, la observación, la consulta y la exploración.

Aunque también se llevan a cabo durante la ejecución y la evaluación, son las actividades principales de la valoración. Durante esta fase, los profesionales de Enfermería observan siempre que están en contacto con la persona o sus allegados, realizan una primera entrevista (historia de enfermería), y realizan una exploración, principal método para averiguar la salud física de la persona. El examen durante la fase de reconocimiento es el principal método usado en el reconocimiento de la salud física.

La observación

Observar consiste en recoger información a través de los cinco sentidos. Aunque las enfermeras utilizan la vista con mayor frecuencia, todos los sentidos se implican en una observación cuidadosa. Dentro de ésta, se encuentran dos aspectos: (a) reconocer los estímulos, y (b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, por, ejemplo, mediante la percepción.

La observación es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado.

La entrevista

Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad. Algunos de sus objetivos son recoger datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Existen dos planteamientos de la entrevista dirigible y no dirigible

La entrevista directa o dirigible está muy estructurada y obtiene información específica, es utilizada para recoger y dar información en un tiempo limitado. La entrevista no dirigida se le permite a la persona controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso, se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización.

Tipos de preguntas de una entrevista.

Preguntas cerradas. Usadas en entrevistas dirigibles, son restringidas y generalmente requieren solo respuestas cortas que den información específica. Preguntas abiertas. Asociadas a las entrevistas, no dirigibles son las que dirigen o invitan a la persona a investigar (elaborar, clarificar o ilustrar) sus pensamientos o sentimientos. Es amplia, específica sobre el tema que se va a tratar y anima a una respuesta más larga que una o dos palabras.

Pregunta neutra. Sin ser dirigido o presionado por los profesionales de Enfermería

Pregunta dirigida. Conduce a la respuesta, no da a la persona la oportunidad de decidir si la respuesta es verdad o no.

Desarrollo de la entrevista.

El tiempo, el lugar y la posición influyen en el desarrollo de la entrevista, siempre se debe procurar que la persona se sienta cómoda y tranquila.

El tiempo. Se debe programar en caso de ser hospitalizado, de ser en el domicilio fijar un horario.

El lugar tiene que proporcionar la intimidad adecuada para facilitar la comunicación.

La posición puede facilitar o dificultar la entrevista.

Fases de la entrevista

Tiene tres fases principales: introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La introducción puede llegar a ser la fase más importante, ya que en ella se establece el tono que tendrá la entrevista.

Cuerpo: es el desarrollo a través de las preguntas que realizan los profesionales de Enfermería, la persona manifiesta sus emociones, sentimientos, pensamientos y percepciones. Requiere de técnicas de comunicación para que ambos se sientan cómodos y a su vez sea productiva.

El cierre: cuando se da por terminada la entrevista y se ha obtenido la información necesaria, en ocasiones la persona la termina.

Se utilizan normalmente las siguientes formas para cerrar una entrevista:

- Indicar que la entrevista está llegando a su fin
- Hacer saber a la persona que se ha cumplido el objetivo
- Manifiestar satisfacción
- Expresar interés y bienestar por la persona
- Planificar un nuevo encuentro
- Explicar que el tiempo se ha terminado
- Dar un resumen para verificar la exactitud de los datos.

La exploración física

Los profesionales de Enfermería realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. Una completa base de datos objetivos y subjetivos permite a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas de la persona y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad. ²

La valoración física se hace sistemáticamente. Se realiza un reconocimiento físico usando el planteamiento de pies a cabeza (cefalocaudal) empieza el reconocimiento en la cabeza, continua con el cuello, el tórax, abdomen, las extremidades y termina en los pies.

El examen incluye:

Inspección: Es el uso de la visión, audición y olfato para detectar las características normales o los signos significativos de las partes del cuerpo y sirve para comprobar los datos obtenidos durante el interrogatorio.

Auscultación: Es escuchar los sonidos creados en los organismos corporales y para detectar variaciones con respecto a lo normal.

Palpación: Consiste en utilizar las manos para tocar las partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas, así como detectar características de textura, forma, temperatura y movimientos.

² Ibídem pág.198

Percusión: Es golpear la superficie del cuerpo con un dedo para producir sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras subyacentes para verificar las anomalías valoradas mediante la palpación y la auscultación.

Organización de la recogida de datos

Para lograrlo, se necesita usar un marco organizado de reconocimiento o una estructura. Este método sistemático de la recopilación de los datos sobre la persona es denominado una historia de salud de enfermería.

1.1.1.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Un diagnóstico de enfermería es una definición de un juicio de enfermería, y hace referencia a la condición de que los profesionales de Enfermería están autorizadas para tratar. Por contra, un diagnóstico médico está hecho y tratado por un médico. Los diagnósticos de enfermería hacen referencia a condiciones físicas, socioculturales, psicológicas, y espirituales, mientras que los diagnósticos médicos se refieren a la enfermedad.

El diagnóstico de enfermería describe: (a) un problema de salud real (desviación del nivel habitual), (b) un problema de salud potencial (presencia de factores de riesgo predisposición), y (c) área de enriquecimiento en el desarrollo personal.

El término *diagnóstico de enfermería* se refiere a ambos, al proceso de elaboración de un diagnóstico y al juicio clínico alcanzado y expresado con la categoría de un nombre o etiqueta (Cordón 1987b, pág. 7).

1990 NANDA. Definición del diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable

Ninth Conference on the Classification of Nursing Diagnoses, marzo 17-21, 1990, Orlando, Florida³

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

- Proceso de datos.
- Determinación del nivel de salud de la persona.
- Formulación del diagnóstico.

³ Ibídem pág. 207

Procesamiento de datos

Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:

- La organización.
- La comparación de los estándares.
- La asociación.
- La identificación de omisiones e incoherencias o contradicciones de los datos.

Características de un planteamiento diagnóstico

- Un planteamiento diagnóstico es claro y conciso
- Es específico y centrado en la persona
- Tiene relación con un problema de la persona, es exacto
- Está basado en la valoración de los datos relevantes y la veracidad de los mismos.

Los errores diagnósticos más comunes:

- Escribir las respuestas de la persona como una necesidad en vez de como un problema
- Usar planteamiento de juicio mental
- Situar la etiología antes de la respuesta de la persona
- Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuaciones independientes de la enfermería.
- Usar terminología médica en vez de usar terminología de enfermería
- Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería
- Usar un solo síntoma como respuesta de la persona.

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería:

Diagnóstico de enfermería real:

Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen. Este tipo de diagnósticos de enfermería consta de cuatro componentes: etiqueta, definición, características que lo definen y factores relacionados.⁴

Etiqueta

Debe constar en términos claros y concisos que comuniquen el significado del diagnóstico

Definición

La definición debe añadir precisión a la etiqueta, además debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos parecidos.

⁴ CARPENITO Linds Juall (2002). *Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica*, 9ª edición. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Colombia Pág. 7

Características definitorias

Es un diagnóstico de enfermería real. Las características definitorias son los signos y síntomas que en conjunto, constituyen un diagnóstico.

Las características definitorias se dividen en dos grupos:

Principales

En los diagnósticos que no han sido investigados: para confirmar el diagnóstico debe aparecer al menos una característica principal

En los diagnósticos investigados: debe aparecer al menos una característica principal en el 80 al 100 % de los casos.

Secundarias

Proporcionar datos que corroboran el diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

Factores relacionados

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores son aquellos que han contribuido al cambio de estado de salud. Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicos (biológicos o psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambiental, personal) y de maduración.

Diagnostico de enfermería de riesgo y de alto riesgo

Los diagnósticos de enfermería de riesgo, según la definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.

El concepto de riesgo tiene una utilidad clínica, los profesionales de Enfermería, de forma sistemática, previenen problemas en poblaciones que son de riesgo.

Etiqueta

En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa en la alteración del estado de salud de la persona viene precedida por el término RIESGO DE. Para las poblaciones de alto riesgo se utiliza la expresión ALTO RIESGO DE.⁵

Definición

Expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería de riesgo y de alto riesgo identifican aquellas situaciones que incrementan vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos factores distinguen a las personas y grupos de alto riesgo del resto de la misma población que corre un cierto riesgo. Los datos que corroboran un diagnóstico real son los signos y síntomas.

Factores relacionados

En los diagnósticos de enfermería de riesgo. Los factores relacionados son los propios factores de riesgo anteriormente mencionados.

⁵ Ibídem pág. 7

Diagnósticos de enfermería posibles

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado cuya confirmación necesita nuevos datos. El diagnóstico definitivo se debe diferir hasta después de haber recogido y analizado toda la información necesaria para alcanzar una conclusión científica sólida.⁶

La palabra posibles los diagnósticos de enfermería se emplea para describir problemas que puedan existir pero que necesitan datos adicionales para ser afirmados o descartados. La NANDA no estudia los diagnósticos posibles porque no plantean un problema de clasificación, sino que más bien son una opción para la enfermería clínica.

En un diagnóstico de enfermería posible, los profesionales de Enfermería han obtenido algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado pero estos datos son insuficientes.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes consistentes en:

Un diagnóstico de enfermería posible

Los datos relacionados con que conducen a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

Diagnóstico de enfermería de bienestar

Según la definición de la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.⁷

Se deben cumplir dos requisitos:

Deseo de conseguir un nivel superior de bienestar

Estado o función actuales eficaces.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar se escriben como enunciados en una parte conteniendo solo la etiqueta. Empiezan por potencial de favorecer y a continuación expresa el grado superior de bienestar que la persona o grupo desean.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar carecen de factores relacionados. Un elemento imprescindible para los diagnósticos es la persona o grupo que comprenda que puede alcanzar un nivel funcional más elevado si lo desea o es capaz. Los objetivos buscados podrían ser quienes sugieran las intervenciones.

Diagnóstico de enfermería potencial para SOLTE (1996, pág. 9) define los diagnósticos de bienestar como la oclusión extraída a partir de datos de valoración que centran su valoración su atención en los patrones de bienestar, las respuestas saludables o las facultades la persona. La finalidad de las intervenciones consiste en alcanzar conductas saludables o conseguir objetivos de desarrollo. (Solté 1996).

⁶ Ibídem pág.10

⁷ Ibídem pág. 10

Diagnósticos de enfermería de síndrome

Los diagnósticos de enfermería de síndromes son un progreso muy interesante dentro de los diagnósticos de enfermería. En el noveno congreso de la NANDA (1991) presento una ponencia innovadora sobre los síndromes.

Síndrome deriva de la palabra griega que significa que marchan juntos.

Los diagnósticos de enfermería de síndrome abarcan un grupo de diagnósticos reales o de alto riesgo cuya presencia se prevé a causa de un acontecimiento o situación concretos.⁸

Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, en los que la etiqueta diagnóstica contiene los factores etiológicos o contribuyentes.

Hasta hoy en día, la NANDA, ha formulado cinco diagnósticos de síndromes.

- Síndrome traumático de violación
- Síndrome de desuso
- Síndrome postraumático
- Síndrome de estrés por traslado
- Síndrome de interpretación alterada del entorno.
- Estos síndromes aglutinan signos y síntomas no diagnósticos de enfermería reales o de riesgo.⁹

⁸ Ibídem pág. 12

⁹ Ibídem pág. 12

1.1.1.3 Planificación

La Planificación es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se han identificado durante el diagnóstico.¹⁰

Componentes de la planificación
Tiene seis componentes:

- Establecer prioridades.
- Fijar los objetivos la persona y los criterios de resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las órdenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

Establecer prioridades

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias.
Se pueden agrupar los diagnósticos en prioridad alta, media y baja.

La utilización de un marco teórico, como puede ser un modelo o una teoría de enfermería, facilita este proceso.

Las prioridades no son inamovibles, deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar objetivos de la persona

Objetivos. Es un resultado o cambio deseado en la conducta de la persona dirigida a la salud. El logro de los objetivos refleja la resolución de la preocupación o problema de salud de la persona que se especifica en el diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería guía el tipo de enunciado de los objetivos; los objetivos pueden reflejar restauración de la salud, mantenimiento de la salud o promoción de la salud. (CHISTENSEN, 1986, PG. 173).¹¹

Los objetivos de la persona son afirmaciones generales sobre los cambios esperados o deseados en su nivel de salud.

Los propósitos en los objetivos de la persona son:

- Proporcionar una dirección para planificar las actividades de la enfermera que alcance los objetivos y se anticipe a los posibles cambios de la persona

¹⁰ KOZIER Bárbara. (1994). *Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y Práctica*, 4ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, México. Pág. 226

¹¹ Ibídem pág. 228

- Proporcionar una dirección para establecer los criterios de evaluación que medirán la eficacia de la intervención.

Objetivos a corto plazo. los profesionales de Enfermería tienen más posibilidades de evaluar el progreso de la persona con este tipo de objetivos.

Objetivos a largo plazo. Son más difíciles de alcanzar, para las cuales son más gratificantes alcanzar objetivos más próximos.

Criterios de resultados

Son necesarios para especificar el objetivo, un criterio es un estándar o modelo que se puede utilizar para contrastar. Los criterios de resultados son afirmaciones que describen las respuestas de la persona de manera específica, observable y cuantificable, determinan si el objetivo se ha alcanzado, por lo tanto, son fundamentales para la evaluación.

Tiene cuatro finalidades:

- Dirigir las actividades de enfermería
- proporcionar tiempo para planificar las actividades
- Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo
- Hacer que la enfermera y la persona sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto un problema.

Estrategias de enfermería

Las estrategias de enfermería o actuaciones de enfermería elegidas para tratar un diagnóstico de enfermería específico con el fin de lograr los objetivos de la persona.

Las estrategias específicas elegidas para los diagnósticos de enfermería reales deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula del enunciado del diagnóstico.¹²

Cuando los profesionales de Enfermería determinen la estrategia para los diagnósticos de enfermería potenciales, las actuaciones deben centrarse en las medidas para reducir los factores concurrentes de la persona, es decir los signos y síntomas.

La identificación correcta de la etiología durante la valoración de enfermería proporciona la estructura para elegir las actuaciones de enfermería que tengan éxito.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones. La planificación de estrategias implica generar una serie de acciones alternativas y eligiendo una o más estrategias de enfermería.

¹² *Ibidem* pág. 223

Se pueden utilizar varios métodos:

- La lluvia de ideas.
- El planteamiento de hipótesis
- La extrapolación

Redacción del plan de cuidados

Es una guía por escrito que organiza la información sobre la persona en su conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo.

Los fines del plan de enfermería son los siguientes:

- Proporcionar un cuidado individualizado
- Asegurar la continuidad del cuidado
- Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución
- Ayudar a organizar el trabajo en el servicio

Consultar.

Implica que los profesionales de Enfermería que realizan los cuidados buscan consejos o clarificación con respecto a los objetivos de la persona. Además puede servir como un recurso para proporcionar ayuda en los temas relacionados con los temas de la salud de la persona.¹³

El proceso de consulta tiene seis pasos.

Identificar el problema. Se debe tener bien identificado el problema

Recoger los datos pertinentes. Cuando se planea consultar con un profesional de la salud que no está familiarizado con la persona, recoger todos los datos relevantes del problema.

Seleccionar al consultor. Se debe consultar con un profesional de la salud reconocido que tenga las habilidades o conocimientos requeridos

Comunicar el problema y la información pertinente esta información a menudo varía con cada cliente y cada problema, es importante transmitir la información de forma clara y objetiva para que el consultor no tenga ideas preconcebidas, sino que obtenga un cuadro claro de la situación

Comentar las recomendaciones en el consultor. El consultor puede dar recomendaciones en el momento en que los profesionales de Enfermería describen el problema o pueden necesitar un encuentro posterior.

Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados de la persona. Las recomendaciones una vez registradas, se convierten en parte del registro de la

¹³ Ibídem pág. 229

persona y están disponibles para todos los profesionales de la salud implicados en el cuidado de la persona.

Planificación del alta.

El proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, se convierte en parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe abordarse en el plan de cuidados de cada persona.

Las hospitalizaciones más cortas en los centros de cuidados agudos requieren planes de alta cuidadosos.¹⁴

¹⁴ Ibídem pág. 241

1.1.1.4 EJECUCIÓN

También denominada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.¹⁵

Tipos de actividades de enfermería
Dependiente, independiente y colaboración.

Actividad independiente de enfermería
Es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad.

Los profesionales de Enfermería determinan que la persona requiere ciertas actividades de enfermería y las llevan a cabo, siendo los responsables tanto en de la decisión así como de las actividades.

Las actividades dependientes de enfermería
Son aquellas que se realizan bajo la orden o la supervisión de un medico y de acuerdo a rutinas establecidas.

Las actividades de enfermería de colaboración
Son aquellas realizadas conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

Proceso de ejecución
Incluye la actualización de la valoración de la persona, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. Tanto la valoración la persona como la valuación del plan de cuidados, son procesos que se realizan de forma continua a lo largo de la ejecución.¹⁶

Validar el plan de cuidados y valorar nuevamente a la persona son procesos continuos durante la ejecución

En esta fase se utilizan las capacidades cognitivas, interpersonales y manuales
Las cognitivas incluyen la resolución del problema, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las actividades de ejecución son: la comunicación, el cuidado, la educación, el asesoramiento psicosocial, el liderazgo, la organización, la mediación y la defensa de la persona.

¹⁵ Ibídem pág. 244

¹⁶ Ibídem pág. 245

1.1.1.5 EVALUACIÓN

Consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si a la intervención de la enfermera debe terminarse, revisarse o cambiarse.¹⁷

Constituye un proceso continuo y terminal continuo porque se realiza también durante la ejecución. Muchas veces el profesional se ve obligado a cambiar algunas de las actividades planificadas para ayudar a la persona a lograr sus objetivos. Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos de la persona.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, mediante ella los profesionales de Enfermería aceptan responsabilidades de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación tiene seis etapas

- Identificar los criterios de resultados (estándares de medida), que utilizara para determinar el grado de alcance de los objetivos¹⁸
- Recoger datos en relación con los criterios
- Comparar los datos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado
- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- Analizar el plan de cuidaos de las personas.
- Modificar el plan de cuidados

Identificación del plan de cuidados. Los criterios tienen dos propósitos. Orientar la clase de datos de evaluación que se necesita recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos.

Cuando los criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orientan al siguiente paso del proceso de evaluación; la recogida de datos.

¹⁷ Ibídem pág. 252

¹⁸ Ibídem pág. 252

Recogida de datos. Se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos. Los datos deben estar en relación con los criterios de resultados, recogidos por la observación, comunicación directa con la persona, o de los registros de otros profesionales de la salud.

Cuantificación de los logros obtenidos. Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Relación de las actividades de enfermería con los resultados de la persona. Nunca se debe suponer que una actividad de enfermería es el único factor causal por el que se ha logrado o no, total o parcialmente un objetivo.

Revisión del plan de cuidados de las personas. La evaluación de los objetivos proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha resuelto, reducido o prevenido eficazmente los problemas de la persona.

En la evaluación, existen tres probables resultados

- 1.-Se ha cubierto el objetivo, la respuesta de la persona es la esperada
- 2.-El objetivo se ha alcanzado parcialmente
- 3.-No se ha cubierto el objetivo

Modificación del plan de cuidados

- Cuando se comprueba la necesidad de cambiar el plan de cuidados, se pueden seguir los siguientes pasos:
- Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos de alguna manera.
- Revisar los diagnósticos, poniendo fecha a los nuevos.
- Revisar las prioridades de la persona, los objetivos y los criterios para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos. También se debe poner la fecha.
- Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos, incrementando o disminuyendo las necesidades de los cuidados de la persona.
- Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a otros cambios del plan de cuidados.¹⁹

¹⁹ Ibídem pág. 256

1.2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C. durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejército en Washigton.D.C. En 1921 se graduó. En 1922 inicio su vida docente en enfermería, en el hospital de Virginia.²⁰

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson calificaba su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas²¹

APLICACIÓN DE DATOS EMPIRICOS

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios en el Teachers Collage.

En su curso de psicología, Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula. A partir de esta idea, Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió un conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras: “Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares”.

Henderson no identifico las teorías exactas que apoyaba Thorndike, sino que solo indico que se referían a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales,

²⁰ MARRINER T, Ann (1999), *Modelos y teorías de Enfermería*.4ª. edición, editorial Hancourt, pp.99-

²¹ *Ibidem* pág. 100

se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow. Sin citar a Maslow como influencia directa, Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing Care*, de 1978.²²

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Enfermería. Henderson definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.²³

Salud. Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* cito diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad la persona de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaro, “se trata mas bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus mas altas cotas”.²⁴

Entorno. Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al Webster ‘s New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.²⁵

Persona (paciente). Henderson pensaba en la persona como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla a la persona y a su familia como una unidad.

Necesidades. En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas de la persona que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

²²Ibídem pág. 101

²³ Ibídem pág. 102

²⁴ Ibídem pág. 102

²⁵ Ibídem pág. 102

Estas necesidades son las siguientes:

1. **Oxigenación:** Respirar normalmente. contempla las condiciones de ventilación de la vivienda, hábitos de tabaquismo, patrón respiratorio.
2. **Nutrición e Hidratación:** Comer y beber de forma adecuada, contempla sus hábitos alimentarios, consumo de líquidos, alergias alimentarias y hábitos de alcoholismo, condiciones de hidratación de la piel, mucosas, uñas, dentadura y funcionamiento muscular esquelético.
3. **Eliminación.** Evacuar los desechos corporales: contempla los hábitos de eliminación intestinal y urinaria, tipo de sudoración, relación del estrés con la eliminación.
4. **Moverse y mantener una postura adecuada.** Contempla sus hábitos de ejercicio, actividad, ocio estado del sistema esquelético, dolor, estado emocional.
5. **Descanso y sueño.** Dormir y descansar: contempla hábitos de sueño, descanso, relajación y estado emocional.
6. **Termorregulación:** mantener la temperatura del cuerpo. Contempla temperatura corporal, transpiración, condiciones de temperatura del entorno físico y sensibilidad a los cambios climáticos.
7. **Uso de prendas de vestir adecuadas:** elegir la ropa adecuada. Contempla el significado de la ropa en relación de su imagen, cultura, religión y estado emocional.
8. **Higiene y protección de la piel:** contempla sus hábitos higiénicos
9. **Evitar peligros:** Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás. Contempla la pertenencia a una familia, mecanismos de defensa, actitudes ante situaciones de tensión y de responsabilidades sobre eventos nuevos, condiciones ambientales del hogar y trabajo.
10. **Comunicarse:** contempla relaciones interpersonales sociales y de trabajo, relaciones de rol en la estructura familiar. Estado de los órganos de los sentidos.
11. **Vivir según sus creencias:** actuar con arreglo a la propia fe. Contempla valores personales y creencias religiosas que guían sus elecciones y decisiones.
12. **Trabajar y realizarse:** contempla su actividad ocupacional, distribución del tiempo que dedica a su trabajo y a su familia así como expectativas en relación a su rol.
13. **Aprendizaje:** contempla el nivel de conocimientos.
14. **Recrearse:** Contempla las actividades recreativas que son de su predilección y la frecuencia del desarrollo de estas.²⁶

²⁶ Ibídem pág. 102

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cito directamente cuales eran los supuestos mas señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.²⁷

Enfermería

Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos. Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.

Una enfermera actúa al margen médico, pero apoya su plan (Henderson subrayó que la enfermera, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. Henderson resalta especialmente este punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing).

Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (Paciente)

Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.

El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.

La persona requiere ayuda para conseguir la independencia.

La persona y su familia constituyen una unidad.

Las necesidades la persona están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

La salud es la calidad de vida.

La salud es fundamental para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través

²⁷ *Ibidem* pág. 103

de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.

Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Método Lógico

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica, Muchos de los supuestos tiene validez por su gran coincidencia con las publicaciones y conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo, las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada, aunque Henderson confecciono su relación antes de leer el trabajo de Maslow.

Formación

Henderson declaro que “para que los profesionales de Enfermería ejerzan su profesión de forma experta y aprovechen los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesitan contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades” La formación de los profesionales de Enfermería requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

1.3.1 CESÁREA

El parto por cesárea es la extracción del producto del útero al través de una incisión en éste y en la pared abdominal.²⁸

El parto por cesárea está indicado en los siguientes casos:

- Cesárea previa
- Intento fallido del nacimiento
- Sufrimiento fetal
- Sangrado incontrolable en el tercer trimestre
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de membranas
- Desproporción feto pélvica
- Presentación anormal
- Prolapso del cordón umbilical
- Complicaciones medicas del embarazo como trastornos cardiacos de la madre
- Falta de progreso del parto
- Antecedentes de infección por herpes simple
- Posmadurez (si falla la inducción)
- Disfunción uterina, inercia, incapacidad del cuello para dilatarse.
- Neoplasia obstruye el conducto del parto o la pelvis.
- Mal posición o mal presentación.
- Intervenciones quirúrgicas urinarias previas (cesárea, miomectomía, histerectomía) o en cuello.²⁹

TIPOS DE CESÁREA

Del segmento inferior (operación de elección).

Incisión transversal en segmento inferior del útero.

- La incisión se efectúa en la porción más delgada de modo que la hemorragia sea mínima y sea más fácil abrir el útero.
- El segmento inferior es la parte de menor actividad en el útero.
- La convalecencia es menos molesta.
- La posibilidad de rotura posterior es menor.
- Se cubre la incisión uterina con un colgajo peritoneal, con el fin de que los

²⁸ MOSBY, (2006) *Diccionario de Medicina*, editorial Océano, Barcelona España. pág. 246

²⁹ VIGIL de Gracia Paulino(2008) *Obstetricia complicaciones en el embarazo*. Editorial Distribuna, Colombia418

loquios no caigan en cavidad peritoneal.

- Se reduce la incidencia de adherencias y el riesgo de obstrucción intestinal.

Cesárea Clásica

Técnica quirúrgica para la extracción del feto a través de una incisión cervical de la línea media en los segmentos superior del útero. Muchos cirujanos opinan que es la técnica más para de cesárea, aunque produce una cicatriz más débil y a causa del mayor grosor y vascularización del segmento superior, produce más hemorragia durante la intervención que la cesárea cervical baja³⁰

- Resulta útil cuando hay muchas adherencias en vejiga y segmento inferior.
- Es de elección cuando existe placenta previa anterior.
- Sirve cuando el feto está en presentación transversa.³¹

Cesárea Extraperitoneal

La cesárea extraperitoneal, que se utilizaba antes del advenimiento de los antibióticos, no requiere incisión quirúrgica del peritoneo, pues el acceso al segmento uterino inferior se logra cortando los tejidos en torno a la vejiga, para evitar que se derrame líquido amniótico o pus en el peritoneo.³²

Se diseña el tejido que circunda la vejiga para crear un acceso al segmento uterino inferior sin entrar a cavidad peritoneal.

- Está diseñada para prevenir la peritonitis.
- La disponibilidad de sangre y antibióticos ha reducido el empleo de este método.³³

Cesárea con Histerectomía.

La operación de porro, llamada así en honor de uno de los médicos del siglo pasado que perfeccionaron la cesárea, combina el parto con la extirpación del útero, lo cual puede ser necesario después de un desprendimiento masivo de placenta, en casos de fibroides múltiples o cuando la placenta se incrusta en el miometrio (placenta acreta).³⁴

Aunque no es común, esta operación puede realizarse como medio de esterilización cuando existen otros trastornos ginecológicos.

³⁰ MOSBY, (2006) *Diccionario de Medicina*, editorial Océano, Barcelona España. pág. 247

³¹ BRUNNER, (1991). *Manual de la enfermera*. 4ª. Edición, editorial Mc Graw Hill interamericana, México, pág. 1193

³² MOSBY, (2006) *Diccionario de Medicina*, editorial Océano, Barcelona España. pág. 247

³³ BRUNNER, (1991). *Manual de la enfermera*. 4ª. Edición, editorial Mc Graw Hill interamericana, México, pág. 1193

³⁴ REEDER. (1995) *Enfermería Materno Infantil*, editorial Mac Graw Hill, México, pag.1016

- Hemorragia por atonía uterina si fracasa el tratamiento conservador.
- Hemorragia incoercible por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta acreta (inserción anormal de la placenta al endometrio).
- Rotura del útero imposible de reparar.
- Fibromiomas múltiples macroscópicos.

Aumento en el índice de Cesárea

El rápido aumento en el índice de cesáreas constituye una importante preocupación del sistema de atención a la salud pues el parto quirúrgico implica más riesgos para la persona y el feto, debe sopesarse con respecto a los posibles riesgos que conlleva un nacimiento vaginal.³⁵

Factores que contribuyen al aumento en el índice de Cesáreas.

El aumento en el índice de nacimientos por cesárea resulta una tarea de comprensión compleja porque entraña muchos aspectos, entre los que se incluyen normas de atención, criterios de diagnóstico cambiantes, el ámbito médico y legal así como las exigencias de la paciente.³⁶

El objetivo de las intervenciones en el proceso de nacimiento consiste en mejorar las condiciones del feto o complicaciones en el parto, la cesárea puede reducir el riesgo al que se encuentran expuestos la madre y el feto.

Aunque los partos quirúrgicos implican peligro potencia, es necesario sopesar el riesgo total y los beneficios para garantizar el resultado más seguro.

Riesgos que corre la madre sometida a Cesárea

Aunque rara, la mortalidad materna es cuatro veces mayor en casos de cesárea que en partos vaginales. La mitad de este aumento obedece a complicaciones que ocasionan la cesárea o enfermedades maternas, mientras el otro 50% se debe al propio riesgo quirúrgico.

La mortalidad materna en los casos repetidos de cesárea es casi el doble que en los partos.

La mortalidad materna es mucho mayor después de una cesárea y los principales riesgos se originan por:

- Infección del útero y otros componentes del sistema genital.
- Infección de las vías respiratorias y urinarias.
- Hemorragia.
- A menudo se presenta incomodidad postoperatoria como dolor en la incisión, gases, debilidad y dificultad de movimiento.
- Interferencia en el vínculo de la relación materno infantil por prácticas comunes del hospital como:

³⁵ Ibídem pág.1016

³⁶ Ibídem pág.1016

- Anestesia general durante la intervención quirúrgica.
- Separación de la madre y el recién nacido durante el periodo de recuperación y el primer día.
- Los analgésicos que se administran a la madre para aliviar el dolor.
- Aislamiento necesario en caso de infección.
- Interferencia en el desarrollo de las habilidades maternas a causa de:
- Desorientación después de la anestesia y la intervención quirúrgica.
- Dolor que limita las actividades y requiere sedación.
- Debilidad que restringe la energía que la madre puede utilizar para atender al recién nacido.
- Complicaciones postoperatorias que reducen aun más el contacto entre madre e hijo.
- Confusión emocional y necesidad de asimilar sentimientos, (enojo, pérdida, agitación, temor, falta de educación, entre otros), relativos a la cesárea y los procedimientos operatorios.
- Retraso y aumento en la dificultad de adquirir control sobre el cuerpo materno.
- La lactancia es más difícil o imposible por:
- Dolor, debilidad, actividades limitadas.
- Infecciones o cualquier otra complicación grave.
- Medicamentos que puedan excretarse en la leche materna.
- Sentimiento de falta de adecuación para atender al recién nacido.³⁷

Desventajas de la Cesárea

Existen desde luego desventajas en las cesáreas, entre las que se encuentran la mortalidad y morbilidad maternas, así como las molestias que ocasiona cualquier cirugía. Las cesáreas pueden afectar el vínculo materno infantil, además del desarrollo de las habilidades maternas y lactantes.

Educación para evitar la Cesárea

La persona y su acompañante pueden beneficiarse al comprender como pueden ayudar a evitar las cesáreas innecesarias. La serie de hechos que se suscitan desde el inicio del embarazo hasta el proceso de parto a menudo ocasionan que se tome la decisión de realizar un parto quirúrgico. Pero las diferentes opciones por parte de los padres o las medidas distintas que se tomen en relación con el personal que proporciona atención a la salud pueden producir diferentes resultados. La elección del acompañante durante el parto, el lugar del parto, las practicas de salud, el nivel de conocimiento acerca del nacimiento y la asistencia a cuerpos de preparación para el parto pueden afectar en forma conjunta el tipo de parto.³⁸

³⁷ Ibídem pág.1018

³⁸ Ibídem pág.1018

Analgesia y Anestesia

No existe anestesia perfecta para la cesárea. Cada una de ellas tiene ventajas, inconvenientes, riesgos potenciales y secundarios. Los objetivos de la analgesia y la anestesia son la seguridad, la comodidad y la satisfacción emocional de la persona.

Periodo de recuperación posparto inmediato

La enfermera que atiende a la persona que acaba de parir valora sus signos cada 5 minutos hasta que se estabilicen, después cada 15 minutos durante una hora y posteriormente cada 30 minutos hasta que se traslada a la unidad posparto. La enfermera debe permanecer junto a la mujer hasta que se haya estabilizado.³⁹

La enfermera examina el vendaje y la compresa perineal cada 15 minutos durante una hora como mínimo. También debe palpar el fondo uterino con cuidado para comprobar si sigue manteniendo su firmeza; puede hacerlo colocando una mano que sujete la incisión.

Normalmente se administra una infusión de oxitocina para estimular la contractilidad de la musculatura uterina. Si la mujer ha recibido anestesia general, conviene colocarla de costado para facilitar el drenaje de las secreciones, girarla de vez en cuando, y ayudarla a toser y respirar profundamente cada 2 horas durante 24 horas como mínimo. Si ha recibido anestesia raquídea o epidural, se debe comprobar el grado de anestesia cada 15 minutos hasta que se haya restablecido totalmente la sensibilidad y las excretas y examine la orina para comprobar si adquiere un atonalidad sanguinolenta, lo que podría indicar que la vejiga ha sufrido un traumatismo quirúrgico. El médico debe prescribir la medicación adecuada para aliviar el dolor y las náuseas de la mujer; dicha medicación se administrará dependiendo de las necesidades.⁴⁰

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PREOPERATORIOS

A. Propiciar la capacidad para sobreponerse.

- Que la paciente exprese su percepción de por qué es necesario el parto por cesárea, corregir las ideas equivocadas, proporcionar mayor información.
- Que la paciente y su pareja escuchen el latido fetal para asegurarse que el producto está bien.
- Las investigaciones demuestran que las mujeres reaccionan más positivamente al parto por cesárea cuando sienten que tienen cierto control de algunos aspectos del parto o que pueden elegirlos.
- Alentar a la madre y su pareja a considerar la cesárea como una posibilidad que

³⁹ LADEWING, Patricia. (2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. 5ª. Edición. Editorial McGraw Hill interamericana, España. Pág.568

⁴⁰ *Ibidem* pág. 568

puede satisfacer muchas de las expectativas originales acerca del parto.

B. Reducir la ansiedad.

- Explicar las maniobras preoperatorias conforme se van realizando:
- Rasurar abdomen y perineo.
- Insertar un catéter urinario de retención.
- Vigilar foco fetal.
- Vigilar contracciones uterinas, si las hay.
- Conocer los resultados de las pruebas de laboratorio sistemáticas como hemoglobina, hematocrito, leucocitos, cuenta diferencial, examen general de orina, tipo sanguíneo y pruebas cruzadas.
- Administrar la atropina preoperatoria prescrita, se evitan los narcóticos para no deprimir al feto.
- Instalar venoclisis.
- Notificar al pediatra y personal de enfermería; el pediatra puede estar presente si se espera que el niño esté deprimido.⁴¹

INTERVENCIONES POSOPERATORIOS Y POSTQUIRURGICOS

- Explicar las maniobras posoperatorias:
- Proporcionar atenciones posoperatorias parecidas a las que se brindan después de intervenciones quirúrgicas abdominales.
- Observar en busca de hemorragia.
- Inspeccionar apósitos perineales y abdominales.
- Valorar signos vitales con frecuencia.
- Administrar los oxitócicos prescritos.
- Revisar fondo uterino para ver si está firme.
- Seguir pasando líquidos por vía IV según la prescripción médica.
- Revisar la producción de orina de la sonda a permanencia para ver el volumen y si hay hematuria.
- Proporcionar los medicamentos necesarios para mitigar el dolor.
- Alentar a la paciente a que se vuelva de lado a lado, que respire profundamente, que tosa.
- Ayudarla a dejar la cama el primer día del posoperatorio.
- Tan pronto sea posible, que sostenga y cuide a su hijo para que se asegure de que está bien.⁴²

Se observa el sangrado vaginal, como regla, las personas que han sido sometidas a cesárea tienen menos loquios, muy probablemente porque parte de la decidua es retirada durante el procedimiento quirúrgico.

Puede mantenerse la infusión intravenosa hasta que cese la fiebre, se escuchen nuevamente los sonidos intestinales y se toleren los líquidos. Con frecuencia, la

⁴¹ BRUNNER, (1991). *Manual de la enfermera*. 4ª. Edición, editorial Mc Graw Hill interamericana, México, pag

⁴² *Ibidem* pág. 1102

infusión intravenosa contiene oxitocina para mantener al útero bien contraído. La sonda a permanencia se deja normalmente de 12 a 24 h o hasta que se suspenden los líquidos intravenosos.⁴³

Las medidas analgésicas para el dolor en el sitio de la incisión se administran cada 3 a 4 h, o bien el médico prescribe analgesia controlada por la paciente o narcóticos por vía epidural. Se alientan otras medidas de bien estar, por ejemplo, cambiar de posición o fijar la incisión con almohadillas.

También se estimulan la respiración profunda y la tos a intervalos frecuentes.

- Se insta a la pareja a expresar sus sentimientos sobre la experiencia del parto. Algunas mujeres se sienten desilusionadas, enojadas y frustradas por no haber tenido un parto vaginal.⁴⁴

La preparación para el alta incluye información sobre higiene personal (aseo del perineo por los loquios) cuidado de los senos en caso de amamantar, baño, dieta, restricciones en cuanto a ejercicio y actividad, actividad sexual, contracepción, medicamentos, signos de complicaciones y cuidados del recién nacido. La estancia promedio en el hospital se ha acortado.

⁴³ Ibídem pág. 1102

⁴⁴ Ibídem pág. 1102

OXITOCINA.

Sinónimos: oxitocina. Alfa-hipofamina

Acción terapéutica. Estimulante uterino. Antihemorrágico. Estimulante de la eyección Láctea.

Propiedades. Estimula la contracción del músculo liso uterino mediante un efecto indirecto, y así mimetiza las contracciones de parto normal y espontáneo e impide transitoriamente el flujo sanguíneo, uterino. Aumenta la amplitud y duración de las contracciones uterinas, lo que produce dilatación y borramiento del cérvix. La respuesta uterina a la oxitocina aumenta en forma gradual a lo largo del embarazo, y alcanza el máximo al llegar a su término. En el nivel mamario estimula el músculo liso para facilitar la excreción de leche (pero no aumenta la producción). La vida media es de 1 a 6 minutos y el comienzo de la acción se evidencia en unos pocos minutos cuando la administración es nasal y en 3 a 5 minutos por vía IM. Por vía IV el efecto es inmediato. Aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas a lo largo de 15 a 60 minutos y luego se estabilizan. Se elimina por vía renal, sólo en pequeñas cantidades inalteradas.

Indicaciones: inducción del parto. Tratamiento del aborto inevitable, incompleto o frustrado. Control de la hemorragia posparto. Estimulación de la eyección láctea.

Dosificación: solución nasal: dosis para adultos: 1 pulverización o 3 gotas en una o en ambas fosas nasales 2 a 3 minutos antes de dar de mamar. Inyectable: inyectable: inducción del parto: infusión IV, inicialmente no más de 1 a 2 miliunidades por minuto; aborto frustrado: 10 unidades un ritmo de 20 a 40 unidades por minuto después del parto y de la expulsión de la placenta.

Reacciones adversas: náuseas, vómito y contracciones ventriculares prematuras. Puede producir bradicardias fetales, ictericia neonatal, hemorragia posparto, arritmias cardíacas y rara vez afibrinogenemia. La dosis excesiva en pacientes hipersensibles puede producir hipertensión uterina y esta a su vez rotura del útero. Puede inhibir la expulsión de la placenta y aumentar el riesgo de hemorragias e infección. Pueden darse reacciones de anafilaxia.

Reacciones y advertencias: en casos de inercia uterina no administrar oxitocina durante más de 6 a 8 horas. Debido al riesgo materno y fetal la oxitocina se debe administrar con precaución; no se recomienda para la inducción rutinaria del parto. Se deberá reducir la dosis en pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertensiva o renal. La infusión de oxitocina se debe suspender al primer signo de hiperactividad uterina.

Interacciones. El uso simultáneo de otros oxitócicos puede ocasionar hipertensión uterina.

Contraindicaciones: durante el parto: desproporción cefalopélvica significativa, presentación del cordón o prolapso, placenta previa, distres feta. ⁴⁵

⁴⁵ LEPORI LUIS R. (2002). *Farmacología clínica de Bolsillo*. 1ª. Edición, editorial Patripel, Argentina

1.3.2 SUFRIMIENTO FETAL

Cuando el suministro de oxígeno no es suficiente para cubrir las necesidades fisiológicas del feto, puede producirse sufrimiento fetal. Esta situación puede ser aguda o crónica, o una combinación de ambas. Hay varios factores que contribuyen al sufrimiento fetal siendo las más frecuentes la compresión del cordón y la insuficiencia útero placentaria, posiblemente causada por alteraciones preexistentes en la madre, una enfermedad fetal o problemas con la placenta.⁴⁶

Si la hipoxia resultante persiste y se produce una acidosis metabólica, la situación puede provocar un daño permanente o incluso poner en peligro la vida del niño.

Los signos de alerta precoz de sufrimiento fetal más frecuente son el líquido amniótico teñido con meconio y la presencia de patrones no tranquilizadores de la FCF, como desaceleraciones tardías persistentes (independientemente de la profundidad de la desaceleración), desaceleraciones variables persistentes importantes (especialmente si tarda en recuperar su nivel basal) y desaceleraciones prolongadas.⁴⁷

Cuando parece existir un sufrimiento fetal está indicado comenzar sin demoras la reanimación intrauterina (medidas correctoras que se utilizan para optimizar el intercambio de oxígeno dentro de la circulación materno fetal. El tratamiento de la hipotensión materna implica colocar a la mujer en decúbito lateral izquierdo (se puede intentar el de cubito lateral derecho) comenzar una infusión intravenosa o aumentar la velocidad de administración si ya se está efectuando o si se sospecha un prolapso de cordón, haciendo que la mujer adopte una posición de rezo mahometano.⁴⁸

La actividad uterina puede disminuir si se interrumpe la administración intravenosa de oxitocina o se administra un fármaco tocolítico (como terbutina) para disminuir la frecuencia e intensidad de contracciones. También se administra oxígeno a la mujer a través de una mascarilla facial.

Se puede obtener más información sobre la situación del feto si se toma una muestra de sangre del cuero cabelludo fetal o se le estimula a través del cuero cabelludo fetal o mediante señales acústicas.

Sufrimiento fetal crónico se manifiesta en el producto por un retraso en el crecimiento, por la disminución del peso y la posible aparición de trastornos

⁴⁶ LADEWING, Patricia. (2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. 5ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, España. Pág.527

⁴⁷ *Ibidem* pág. 527

⁴⁸ *Ibidem* pág. 527

neurológicos, retraso mental y de crecimiento, ocasionados por la oxigenación inadecuada y prolongada, este cuadro puede presentarse en diversas formas:

Sufrimiento fetal crónico compensado. En este caso, la disminución del aporte nutritivo al feto es discreta y este la puede compensar con mecanismos de adaptación como el aumento de la hemoglobina, aumento del volumen circulante y utilización del depósito de glucógeno.⁴⁹

Sufrimiento fetal crónico no compensado ya existe una disminución de los movimientos fetales, disminución del volumen uterino, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y presencia de meconio, visible a simple vista o por amniocentesis o amnioscopia.⁵⁰

El sufrimiento fetal crónico agudizado: es aquel disturbio fisiopatológico que padece el feto por déficit en su aporte nutricional, que puede estar equilibrado o no y que aumenta durante el trabajo de parto, porque las contracciones uterinas de este, reducen el flujo sanguíneo a través del espacio intervelloso.

En el sufrimiento fetal la característica es la disminución del aporte de oxígeno a nivel celular fetal y se puede presentar en diferentes formas:

- Fetal (anemia, bradicardia)
- Cerdn umbilical (compresin) placenta (infartos, desprendimiento, edema, disminucin de la superficie de intercambio, toxemia gravídica, etc.)
- Espacio intervelloso, por alteraciones en la circulacin (contractilidad uterina, alteraciones vasculares de la preeclampsia, hipertensin, diabetes, etc.)
- Circulacin materna disminucin de la perfusin uterina:
- Hipertensin
- Hipotensin
- Ejercicio
- Hipoxemia (intoxicacin, neumonía)
- Alteraciones del equilibrio acido bsico-materno
- Anemia
- Insuficiencia cardaca
- Esclerosis etc.⁵¹

Etimológicamente, el sufrimiento fetal crónico puede estar motivado por causas generales y locales.

Las causas generales pueden ser genéticas, nutricionales y por patología materna y las causas locales pueden ser uterinas, vasculares, maternas y

⁴⁹ RAMIREZ A. Félix.(2002).*Obstetricia para la enfermera profesional*. Edicin. Editorial Manual Moderno. México. Pág.334

⁵⁰ *Ibíd*em pág. 334

⁵¹ *Ibíd*em pág. 334

fetales o de la propia velloidad en si. Todas estas causas generales y locales, ocasionaran degeneraciones placentarias con la consecuente alteración de los intercambios fetomaternos.

El sufrimiento fetal crónico se puede dividir en real y potencial.

El real esta ocasionado por las enfermedades maternas coincidentes con el embarazo como son: preeclampsia severa, diabetes mellitus, cardiopatías descompensadas, nefropatías, hipertensión arterial e isoimmunizacion materno fetal. El sufrimiento potencial puede observarse en los pacientes con hiponutricion y anemia, en las portadoras de enfermedades crónicas compensadas, en las grandes múltiparas, en las primigestas, en los embarazos prolongados.⁵²

Diagnóstico del sufrimiento fetal crónico

Clínicamente, para el diagnóstico de sufrimiento fetal crónico, se requiere de una historia clínica completa de la mujer embarazada, con un interrogatorio minucioso y una exploración clínica cuidadosa, así como una correcta vigilancia prenatal, para poder darse cuenta del tipo de persona que se está manejando y hacer un valoración del riesgo que corre el embarazo actual. Puesto que se sabe que entre más alto sea el riesgo, más frecuentemente se presentaran complicaciones como sufrimiento fetal crónico, muerte prenatal o neonatal o nacimientos de productos inmaduros con problemas respiratorios o neurológicos.⁵³

Procedimientos para valorar el sufrimiento fetal crónico.

- Métodos clínicos
- Frecuencia cardiofetal
- Movimientos fetales continuos
- Crecimiento uterino
- Amnioscopia

Métodos de gabinete y laboratorio

- Estudios ecosonograficos
- Estudios biofísicos de condición fetal sin y con oxitocina
- Amniocentesis
- Determinaciones hormonales.

Sufrimiento fetal agudo

Es un estado crítico secundario a un alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto, que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas manifestadas por hipoxia, hipercapnia, desequilibrio acido básico, alteraciones de la frecuencia fetal y la aparición ocasional de meconio en el líquido amniótico.⁵⁴

⁵² Ibídem pág. 334

⁵³ Ibídem pág. 338

⁵⁴ Ibídem pág. 343

Se puede observar en:

- En el desprendimiento prematuro de placenta
- En las distocias de contracción
- La analgesia, la anestesia obstétrica o ambas

Implicaciones para la persona.

Los signos de sufrimiento fetal aumentan mucho el estrés psicológico que sufre la persona durante el parto. El personal sanitario puede estar tan ocupado en la valoración del estado fetal y en aplicar las medidas correctoras que puede olvidarse de la persona y de su pareja así como no darles explicaciones ni apoyo emocional. Es imperativo ofrecer ambas medidas.⁵⁵

Tratamiento clínico

Cuando sea evidente la existencia de un posible sufrimiento fetal, el tratamiento se centrará en mejorar el flujo sanguíneo hacia el feto corrigiendo la hipotensión materna, disminuyendo la intensidad y la frecuencia de las contracciones que existan, proporcionando líquidos a la madre por vía intravenosa, según necesidades administrando oxígeno y recopilando más información sobre la situación fetal. La respuesta del feto a las medidas de reanimación intrauterinas son las que determinan las acciones posteriores.⁵⁶

Planteamiento asistencial de enfermería

La enfermera revisa la historia prenatal de la mujer y anota la presencia de cualquier problema (como HIE, diabetes, insuficiencia renal o crecimiento intrauterino retardado CIR) que se pueda asociar con un menor flujo sanguíneo útero placentario fetal. Cuando se rompen las membranas, a la enfermera valorará inmediatamente la FCF y anotará características del líquido amniótico.

A medida que progresa la dilatación, estará especialmente alerta ante los cambios sospechosos de la FCF. En todo momento animará y apoyará a la persona que se coloque en las posiciones que consigan el máximo flujo sanguíneo útero placentario fetal.

Frecuencia cardíaca fetal normal

Para determinar si la frecuencia cardíaca fetal es normal, determinar los siguientes aspectos (Schmidt 2000):

Frecuencia cardíaca basal entre 120 y 160 latidos por minuto

La variabilidad a largo plazo es media

Hay variabilidad a corto plazo

⁵⁵ LADEWING, Patricia. (2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. 5ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, España. Pág.527

⁵⁶ *Ibidem* pág. 527

1.3.3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se llama ruptura prematura a la ruptura espontánea de las membranas que sucede dentro de las 2 horas previas de iniciado el trabajo de parto, o precoz cuando sucede al inicio del trabajo de parto, se denomina amniorrexis a la ruptura de membranas que efectúa o realiza el obstetra, lo que en todos los casos hay salida de líquido amniótico.⁵⁷

Etiología

Dentro de los factores causales hay que considerar el exceso de distensión de las membranas amnióticas, tal como es el caso del embarazo gemelar, productos macrosómicos o polihidramnios. En las presentaciones viciosas del producto, la fragilidad patológica de las membranas, el coito, los traumatismos, la incompetencia istmicocervical, durante la amnioscopia y durante la amniocentesis, infecciones, avitaminosis y presencia de meconio.⁵⁸

Desde el punto de vista clínico, el cuadro se manifiesta por el escurrimiento de líquido amniótico a través de la vagina y puede ser lento o rápido, escaso o abundante, generalmente es de color claro, grumosos y con olor característico y tiene pH alcalino.

Para el diagnóstico, hay que diferenciar este líquido que proviene del interior del útero, de otros líquidos, como la orina y la leucorrea mucosa procedente del moco que producen las glándulas cervicales.⁵⁹

Pruebas para hacer el diagnóstico diferencial e identificar el líquido amniótico:

1.- Exploración clínica de la paciente en la que se toma en cuenta; el relato de la mujer acerca del líquido expulsado (fecha, hora, características, etc.) posteriormente y mediante exploración obstétrica, se valora la altura del fondo uterino, con relación a las mediciones que se habían tomado antes y después, en posición ginecológica, se coloca un espejo vaginal para visualizar el cérvix y determinar de dónde procede el líquido que se estudia y se verá si es líquido amniótico, este escurre a través del cérvix.⁶⁰

2.-Análisis del pH vaginal: en este método se practica la determinación, mediante tiras reactivas, del pH del fondo de saco vaginal posterior. El pH normal de la vagina es de 4.5 a 5.5 y el del líquido amniótico es de 7 a 7.5 de ahí, que en la ruptura prematura de membranas, el pH expulsado tiende a la alcalinidad.

⁵⁷ RAMIREZ A. Félix.(2002).*Obstetricia para la enfermera profesional*. Edición. Editorial Manual Moderno. México. Pág.255

⁵⁸ *Ibíd*em Pág. 255

⁵⁹ *Ibíd*em Pág. 255

⁶⁰ *Ibíd*em Pág. 255

3.- Si con el microscopio se practica un estudio del líquido investigado, hay que recordar que el líquido amniótico contiene elementos de la piel fetal como células descamativas, lanugo y unto sebáceo y que el vérmix caseoso se muestra por métodos de tinción y el azul de Nilo, lo tiñe de rojo a naranja.

4.-Tinción de Sudan III. La práctica de esta prueba es mas frecuente en España y Europa y la tinción del frotis vaginal mediante esta técnica, detecta la presencia de células de descamación que contienen grasas y que nunca están presentes en la vagina. Es un signo patognomónico de ruptura prematura de membranas, que señalar que esta prueba no es útil antes de la semana 32 de gestación.⁶¹

5.-Prueba de la cristalización del líquido amniótico: esta cristalización se presenta porque el líquido amniótico contiene Na, CL y proteínas. Para le efecto, se coloca el líquido en un portaobjetos, que se calienta y luego se lee, si el líquido estudiado es amniótico, aparecerá una cristalización tipo hojas de helecho que faltara si el material es orina o leucorrea.⁶²

6.-Comprobación mediante el amnioscopio de la salida del líquido amniótico procedente del útero.⁶³

Evolución

Normalmente lo frecuente es que el parto se inicie antes de las 48 horas siguientes a la ruptura prematura de membranas, pero se considera que ya desde las 6 u 8 horas posteriores, potencialmente a la paciente ya eta infectada y probablemente desemboque luego en una corioamnionitis, que se manifiesta por fiebre y taquicardia materna, taquicardia fetal, aumento de la velocidad de sedimentación globular, leucocitosis, con desviación a la izquierda, salida del líquido amniótico purulento y fétido y sufrimiento fetal. Aunque es obligado practicar un cultivo del líquido infectado, los resultados de este estudio no siempre corroboran la infección presente.⁶⁴

Complicaciones

El mayor riesgo es la infección, tanto para la madre como para el feto. Al romperse las membranas, los microorganismos de la vagina pueden ascender hasta el saco amniótico. Puede producirse corioamnionitis (infección de las membranas y del líquido amniótico)

Las complicaciones de esta patología pueden ser muy severas pues pueden ocasionar endometritis puerperal (infección del endometrio), a endometritis (infección del endometrio y miometrio) a una pelviperitonitis e inclusive una septicemia puerperal y por el otro lado del producto, a una sepsis neonatal,

⁶¹ Ibídem Pág. 255

⁶² Ibídem Pág. 255

⁶³ Ibídem Pág. 255

⁶⁴ Ibídem Pág. 255

desprendimiento de placenta y prolapso del pulmón.⁶⁵

Valoración y tratamiento

El tratamiento depende de la duración del embarazo y de que haya evidencias de la infección o de que haya compromiso, sea fetal o materno. En muchos casos cercanos a la terminación del embarazo, la ruptura prematura de membranas significa el inicio inminente del parto verdadero. Si la gravidez casi a llegado a término y el cuello uterino esta suave, con alguna dilatación y borramiento, el parto podría acelerarse a las pocas horas de la ruptura. Si la persona no está a término deben sopesarse los riesgos de infección o Nacimiento prematuro frente a los riesgos de una inducción por oxitocina o un parto por cesárea.⁶⁶

El cuidador inicial implica determinar si las membranas se han roto, es posible que la futura madre confunda la incontinencia urinaria o la perdida de tapón de moco con la ruptura del saco amniótico. El medico a la enfermera insertan con delicadeza un especulo estéril para determinar la presencia de liquido cerca del cuello uterino y tomar una muestra parta hacer pruebas con papel de nitrazina y de patrón de helecho para diagnosticar con certeza la rotura prematura de membranas.⁶⁷

Si el feto no está maduro, no hay signos de infección y no se identifica compromiso fetal, es probable que el tratamiento consista en reposo en cama con derecho abañ y observación de signos de infección y compromiso fetal para alargar el embarazo y dar tiempo a que maduren los pulmones del feto. La tocolisis es caso de desprendimiento prematuro de membranas es un tema controvertido. Los agentes tocoliticos son menos efectivos una vez que las membranas se han roto y ocultan los signos de infección intrauterina.⁶⁸

La persona podría permanecer en el hospital hasta el nacimiento, si regresa a casa antes de dar a luz, debe prepararse para le tratamiento a domicilio, que incluye:

- Tomarse la temperatura por lo menos cuatro veces al día e informar cualquier elevación por encima de los 38.7 0 centígrados
- Informar si hay contracciones uterinas
- Informar si hay sangrado vaginal
- Permanecer en cama en posición de costado, (puede ir Al baño)
- Abstenerse de relaciones sexuales o estimulación de los senos.⁶⁹

⁶⁵ VIGIL de Gracia Paulino (2008) *Obstetricia complicaciones en el embarazo*. Editorial Distribuna, Colombia Pág. 405

⁶⁶ *Ibidem* Pág. 405

⁶⁷ *Ibidem* Pág. 406

⁶⁸ *Ibidem* Pág. 406

⁶⁹ *Ibidem* Pág. 406

Planteamiento asistencial en enfermería

Valoración y diagnóstico de enfermería

Una parte importante de la valoración intraparto consiste en determinar la duración de la rotura de las membranas. La enfermera pregunta a la mujer cuando se rompieron las membranas y cuando empezó el parto, pues el riesgo de infección podría ser directamente proporcional a la duración del intervalo.

Se determina también la edad gestacional para prever la posibilidad de nacimiento pretérmino. La enfermera observa a la persona para identificar los signos y síntomas de infección, sobre todo mediante la revisión del recuento leucocitario, la temperatura, la frecuencia del pulso y las características del líquido amniótico.⁷⁰

Si la gestante tiene fiebre, habrá que comprobar su hidratación. Cuando se prevé un parto pretérmino o por cesárea. La enfermera debe valorar la preparación para el parto y la capacidad de afrontamiento de la persona y su pareja.

Planes de enfermería y su ejecución

Las acciones de enfermería deben dirigirse a la mujer, a su pareja y al feto. La enfermera vigila e informa sobre los signos de infección al médico. Se valora la actividad uterina y a la respuesta fetal a las contracciones, pero no se hacen exploraciones vaginales, salvo que sean absolutamente imprescindibles. Se anima a la mujer que descansa sobre el lado izquierdo para favorecer el riego uteroplacentario óptimo.⁷¹

Si la mujer se encuentra cómoda, quizá le sea más fácil relajarse y descansar. La enfermera debe asegurarse también de que se mantiene la hidratación, sobre todo cuando la persona presenta fiebre.

Factores de riesgo y prevención de la ruptura prematura de membranas

Factores de riesgo para la persona

- Cuello uterino incompetente
- Infecciones intrauterinas
- Placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta
- Daño en el cuello uterino con instrumentos
- Deficiencia de la vitamina C
- Coito con semen contaminado con microorganismos

Factores de riesgo para el feto

⁷⁰ LADEWING, Patricia. (2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. 5ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, España. Pág.337

⁷¹ *Ibidem* Pág. 338

- Prematurez
- Sepsis fetal por la introducción de patógenos
- Presentación anormal del feto
- Prolapso del cordón umbilical
- Aumento de la tensión intrauterina por embarazo

Prevención

- Higiene
- Aseo perineal, limpiarse del frente hacia atrás
- Evitar la fatiga
- Dieta adecuada
- Evitar el tabaquismo
- Evitar (eliminar) infecciones intraamnióticas
- Conocer los signos de peligro⁷²

Tratamiento de la mujer con ruptura prematura de membranas

Lactante prematuro

- Determinar el rompimiento prematuro de membranas
- Valorar si hay prolapso de cordón umbilical
- Detectar infección
- Administrar corticosteroides con o sin parto en un periodo de 24 a 48 horas
- Dar a luz cuando el niño tenga más probabilidades de sobrevivir. Por ejemplo antes de que se presente sufrimiento fetal)

Recién nacido a término

- Inducir el parto si no inicia espontáneamente al cabo de unas horas después del rompimiento prematuro de membranas
- Posibilidad de operación cesárea
- Perspectiva de tratamiento para infección materno fetal
- Elevación de la posibilidad de asfixia y dificultad respiratoria del niño después de nacer.

Cuidados

- Hidratación
- Reposo en cama
- Sedantes
- Antibióticos, cuando sea necesario
- Dar confianza

⁷² VIGIL de Gracia Paulino (2008) *Obstetricia complicaciones en el embarazo*. Editorial Distribuna, Colombia Pág. 406

Uso de la Betametasona para acelerar la maduración pulmonar en el feto

Información general sobre el fármaco

La betametasona es un glucocorticoide que actúa acelerando la maduración pulmonar del feto

Se obtienen mejores resultados cuando el feto tiene 30 semanas a 32 semanas de gestación.

La betametasona se usa desde la 26^a. Semana de gestación y hasta la 34^a.

La betametasona se usa en parto prematuro

Para obtener resultados óptimos. El parto debe retrasarse 24 horas después de haber terminado el tratamiento

Los efectos del tratamiento desaparecen en una semana aproximadamente.

Vía de administración, dosis y frecuencia.

Antes del nacimiento, se administran a la madre 12 mg por vía intramuscular una vez al día durante dos días.

Se repite la terapéutica semanalmente hasta la semana 34 de gestación (o hasta que se presente el parto).

Contraindicaciones

Incapacidad de retrasar el parto por 48 horas

Proporción L/Sa de 2:1

Estado de la madre que requiere expulsión inmediata (por ejemplo hemorragia)

Presencia de infección en la madre, hipertensión o diabetes sacarina

Edad gestacional superior a 34 semanas.

Efectos secundarios en la madre

Elevación de riesgo de infección o edema pulmonar al usarse conjuntamente con agentes tocolíticos.

Efectos en el feto/recién nacido

Hipoglucemia

Elevación de riesgo de sepsis en el recién nacido.

Posible supresión de los niveles de aldosterona durante dos semanas posteriores al nacimiento.

Consideraciones de enfermería

Valoración de la presión sanguínea, pulso, peso y presencia de edema

Valoración de los datos de laboratorio sobre electrolitos

Administración profunda del fármaco en los glúteos de la madre, evitar inyectar en el deltoides (por la alta incidencia de atrofia local)⁷³

⁷³ Ibídem Pág. 404

CAPITULO II
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA ENFOCADO AL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON A UNA PERSONA QUE CURSA PUERPERIO
QUIRÚRGICO.

2.1 PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

El proceso que a continuación se presenta se aplicó a una persona, PAOLA quién llegó acompañada de familiar al servicio de admisión del HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE XOCHIMILCO en la Cd. de México, con un embarazo de 41.4 SDG, ruptura prematura de membranas de aproximadamente 30 minutos, con inicio de trabajo de parto, sufrimiento fetal. Llegando a practicársele cesárea tipo Kerr, obteniendo producto único vivo a las 23:46 hrs. Del día 23 de Febrero de 2010, sexo masculino, con peso de 3,080 kgs. Talla 51 cms. Apgar 5/8.

Abdomen: blando, depresible, doloroso, con movimientos peristálticos presentes, útero con adecuada involución, bien contraído, centrado, cursando puerperio quirúrgico, herida quirúrgica abdominal, cubierta con vendaje compresivo, sobre cicatriz umbilical, Genitales, femeninos, adecuados a la edad cronológica, integridad y distribución de vello sobre el monte de Venus, loquios hemáticos escasos, no fétidos.

Necesidades alteradas:

1. Oxigenación
2. Alimentación e hidratación
3. Eliminación
4. Descanso y sueño
5. Higiene
6. Evitar peligros
7. Trabajar y realizarse
8. aprendizaje

2.2 VALORACIÓN

*INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS
DE VIRGINIA HENDERSON*

Datos de identificación:

Nombre: **R. G. PAOLA NOEMÍ** edad **29 años** sexo **femenino** Ocupación **hogar** estado civil **soltera** religión **católica** Escolaridad **tercer semestre del CETIS** domicilio **Xochimilco D.F.** Unidad de salud donde se atiende **Centro de salud** originaria **Guadalajara Jalisco**, residente **Del Distrito Federal**, responsable **abuela M. Jiménez.**

Signos vitales:

Respiración: **22 por min.** Frecuencia amplitud buena **X** mediana reducida
Pulso: frecuencia **77 por min.** Ritmo: regular **X** irregular amplitud **fuerte** Débil
temperatura: **36.5** tensión arterial **120/80** Mm Hg Somatometría: peso **52 kgs.** Talla **1.50** índice de masa corporal **23** Perímetro abdominal **82 cms.**

Dx. de ingreso GI, EMB. 41.4 SDG + TPFA + RPM 30 MINUTOS.

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No si **X** describa **por la incisión, me cuesta trabajo me duele** ¿Se expone al humo de la leña? **No** ¿Fuma? No **X** si ¿Cuántos cigarros al día? **Ninguno** Convive con fumadores? No **X** si ¿convive con aves? No **X** si

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No **X** si ¿tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No si **X quizás sea por la cirugía** ¿su casa esta ventilada? No si **X** ¿hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No **X** si ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No **X** si ¿le han diagnosticado hipertensión? No **X** si ¿tiene problemas cardiacos? No **X** si ¿tiene familiares con problemas del corazón? No **X** si ¿toma algún medicamento? No **X** si

Dificultad respiratoria: no si **X** fatiga: no **X** si Tos: no si **X** expectoración: no **X** si coloración de la piel: **ictérica**

Llenado capilar **3** segundos

Especifique

Explore:

Región cardiopulmonar: Tórax, sin sibilancias ni estertores, Normolíneo, respiración costal superior, glándulas mamarias turgentes, pezón formado (eyección de calostro presente), pigmentación de la areola y presencia de tubérculos de Montgomery, frémito vocal, ruidos cardiacos rítmicos de intensidad y frecuencia normales, campos pulmonares sin fenotipos agregados bien ventilados con ritmo, frecuencia

Observaciones: **refiere dificultad respiratoria**

2.- alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? **Huevo, leche, pan, yogurt, cereal, queso, pollo es variado.**

Cantidades en raciones: **1 huevo, 250 ml de leche, 1 pieza de pan dulce un yogurt, o alguna pieza de pollo.**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? **Sopa, arroz, guisado (pollo, atún, pescado, quesos, carne.), verduras espagueti, fruta y leguminosas.**

Cantidades en raciones: **1 tazón de 250ml de consomé o sopa, un plato pequeño de arroz, una pieza de pollo o del guisado que se haya hecho en el día, fruta picada un plato pequeño, agua 500 ml aproximadamente de frutas del tiempo.**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? **Pan tostado y leche**

Cantidades en raciones: **2 piezas de pan tostado y 250 ml. de leche.**

¿Come entre comidas? No si **X** ¿en donde acostumbra comer? **Hogar**

¿Con quién acostumbra comer? **Abuela** ¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No **X** si ¿Por qué? **Como sin importar mi estado de ánimo.** ¿Cuáles son los alimentos que le agradan? **Pollo en caldo con verduras**

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? **Que contengan demasiada grasa** ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? **ninguno**

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? **Ninguno**

¿Tiene problemas para masticar? No **X** si ¿Por qué? **Cómo despacio, sin prisas**

¿Tiene dentadura completa? No si **X** ¿usa prótesis? **No X** si ¿tiene problemas con Su peso? No **X** si ¿Por qué? **Nunca he tenido problema en ese sentido**

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No si **X** ¿Por qué? **No presento problemas para evacuar.**

¿Cuántos vasos toma de agua al día? De **8 a 10 de 250 ml. aproximadamente** ¿Acostumbra tomar refrescos? No **X** si ¿Cantidad? Acostumbra tomar café? No **X** si ¿acostumbra tomar alcohol? No **X** si ¿toma suplementos alimenticios? No **X** Si

Explore:

Cavidad oral: **Boca: mucosas orales semihidratadas, labios semihidratados, dientes sin caries, ni piezas dentales protésicas. No halitosis**

Región abdominal: **se observa herida quirúrgica en abdomen limpia, unida con sutura blando, depresible, doloroso, con movimientos peristálticos presentes, útero con adecuada involución, bien contraído, centrado, cursa con proceso cesárea. Cubierta con vendaje compresivo abdominal, sobre cicatriz umbilical.**

Observación: **mantiene un régimen alimenticio saludable en casa, sin embargo durante su estancia hospitalaria se queda con hambre y su dieta solo son líquidos.**

Hábitos alimenticios adecuados en cantidad y calidad carne 5/7, huevo 3/7, quesos 3/7, Pescados a veces, Leche 7/7, Yogurt a veces, Verduras 7/7, Fruta 7/7, Sal 7/7, Azúcar 7/7, dulce a veces, Aceite vegetal 7/7, Mantequilla a veces, Manteca no, Chocolate a veces, Frituras no, Embutidos no, Enlatados 3/7, Cereal 7/7, Leguminosas 7/7, Arroz 7/7, No. De pan blanco 4/7, No. De pan dulce no, Galletas no, Tortillas 7/7, Pastas 7/7 agua 2 litros al día. Niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías.

3.- eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? **Por lo regular una vez**

¿Presenta esfuerzo para defecar? No Si ¿tiene dolor anal al evacuar? No Si ¿tiene dolor abdominal al evacuar? No Si especifique características del dolor: ¿Presenta flatulencias? No Si ¿tiene tenesmo? No Si ¿tiene meteorismo? No Si ¿tiene incontinencia? No Si ¿tiene prurito? No Si ¿tiene Hemorroides? No Si ¿Cuándo presenta problemas para evacuar que recursos utiliza? **Comer alimentos que ayudan a la evacuación como la papaya por ejemplo.**

¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? **Relajarme y tomarme el tiempo que necesite** ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? **Prisa, enojo** ¿Qué características tiene la evacuación? **Color mostaza, sólida, sin sangre ni residuos de comida** ¿Cuántas veces orina al día? **6 aprox.** ¿De qué color es su orina? **Trasparente** ¿Qué olor tiene su orina? **Sui generis** ¿Tiene disuria? No Si ¿tiene poliuria? No Si ¿tiene nicturia? No Si ¿tiene retención de orina? No Si ¿tiene urgencia para orinar? No Si ¿Qué recursos utiliza cuando tiene infección de vías urinarias? **Acudo a consulta médica.** ¿Usted suda? No Si ¿Cómo es su sudoración? **Escasa** ¿Bajo qué condiciones suda? **Cuando hace demasiado calor y cuando corro de vez en cuando.** ¿Fecha de última menstruación? **05-05-09** ¿Cada cuando menstrua? **Cada 30 días** ¿Cuántos días dura su menstruación? **De 3 a 5 días** ¿Tiene dismenorrea? No Si ¿tiene pérdidas intermenstruales? No Si tiene flujo vaginal? No Si ¿Qué características tiene? ¿Qué hace para controlar la dismenorrea?

Varón:

¿En la eliminación seminal hay alguna alteración? **No procede**

Explore:

Región abdominal y fosas renales: **Región abdominal: se observa herida quirúrgica en abdomen limpia, unida con sutura blanda, depresible, doloroso, con movimientos peristálticos presentes, útero con adecuada involución, bien contraído, centrado, cursa con proceso cesárea. Cubierta con vendaje compresivo abdominal, sobre cicatriz umbilical, a la palpación no refiere dolor en las fosas renales.**

Observaciones: **ya evacuó en escasa cantidad y no tenido dificultad al orinar.**

4.- movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No Si especifique: **la cesárea** ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No Si ¿Cómo? No me permite moverme como yo quisiera ¿Tiene dificultad para moverse en la cama?

No Si ¿tiene dificultad para levantarse? No Si ¿tiene dificultad para sentarse?

No Si ¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? **Los barandales**

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si ¿Cuál? **Agacharme y acostarme boca abajo. Por la cesárea** ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? **De pie** ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? **5 horas** ¿en algún momento del día tiene dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? No Si especifique cuales **ninguno** ¿En algún momento presenta movimientos involuntarios? No Si describa como Son **ninguno** ¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? No Si Describa: **no me siento fuerte, siento que me falta fuerza, como si la herida se me fuera a abrir.** ¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo? No Si describa que presenta

¿En algún momento presenta mareos, pérdida del equilibrio o desorientación? No Si

Si describa que presenta: ¿realiza usted alguna actividad física? No Si **X**
¿Cuál? **Caminar y correr** ¿Qué tiempo le dedica a la semana?
30 minutos a una hora aproximadamente. Ahora que me encuentro en el hospital procuro caminar por los pasillos de vez en cuando.

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos:

Postura un tanto encorvada, marcha lenta, extremidades torácicas con buenos movimientos de rotación, flexión, abducción y aducción, simétricos, buena resistencia en sus articulaciones. Pélvicas con buenos movimientos, sin presencia de edema, sin compromiso evolucionando normal. Reflejo babinski negativo

Observaciones: **esta consiente que por la herida abdominal no es posible tener los movimientos como antes, sin embargo procura caminar por los pasillos en ocasiones, tomando las medidas de seguridad.**

5.-descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No Si **X** ¿Cómo? En mi cama, **por ratos**
Después de descansar ¿cómo se siente? **Bien, aunque en ocasiones haya dolor debido a la cirugía** ¿Cuántas horas duerme habitualmente? **7** ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? No **X** Si ¿Se despierta fácilmente? No **X** Si ¿tiene sueño agitado? No **X** Si ¿tiene pesadillas? No **X** Si ¿tiene nerviosismo? No **X** Si ¿se levanta durante la noche? No **X** Si ¿Por qué? ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No Si **X** ¿Por qué? **Es limpio y cómodo** ¿Acostumbra tomar siesta? No Si **X** ¿Qué hora habitualmente utiliza? **Por la tarde** ¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? **Traer ropa cómoda, relajarme, tomar un vaso con leche tibia.**

Explore:

Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia: **no se le observan ojeras, presenta atención durante la entrevista, no hay bostezo, se observa concentración, refiere no sentirse cansada pero si con dolor.**

Observaciones: **se observa con ansiedad y dolor**

6.-vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? No Si **X** ¿utiliza ropa adecuada para las Actividades que realiza? No Si **X** ¿utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando Hace frío? No Si **X** ¿utiliza ropa adecuada cuando hace calor? No Si **X** utiliza ropa Adecuada cuando llueve? No Si **X** ¿utiliza ropa adecuada que permita la libertad de Movimiento? No Si **X** ¿utiliza ropa adecuada a su edad? No Si **X** ¿utiliza ropa que Permite expresar sus sentimientos? No Si **X** ¿la ropa que usa usted la elige? No Si **X** ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No Si **X** ¿es capaz de elegir su ropa? No Si **X**

Explore:

Características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño: **se observa ropa de hospital en condiciones de limpieza y aliño, sin distintivos.**

Observación: **por no poderse mover como ella quisiera, le cuesta un poco de trabajo el cambiarse de ropa hospitalaria.**

7.-termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No **X** hipotermia - hipertermia - bajo qué condiciones - ¿qué medidas toma para controlarla? **Ninguna** ¿Sabe cómo medirla? **En caso necesario si, con medios físicos y químicos.**

Explore:

Signos y síntomas relacionados: palidez en la **coloración de su piel**

Observación: **no presenta por el momento alteración en su temperatura**

8.-higiene

¿Con que frecuencia se baña? ¿Cada cuando lava su cabello? **diario**
Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial total **X** ¿cada cuando lava sus manos?
Constantemente ¿Cada cuando realiza el cuidado de sus uñas? Pies **1 vez a la semana**
manos **1 vez a la semana** ¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies y manos? **Limpias, aliñadas**
¿Cada cuando cepilla sus dientes? **3 veces al día** ¿para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No Si **X**
¿utiliza prótesis dental? No **X** Si ¿cada cuando las asea?
¿Cuándo realizo la ultima visita al dentista? **Hace 5 meses** ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No **X** Si ¿Por qué? **Lo puede realizar ella sola.**

Explore:

Estado de la piel y mucosas, cavidad bucal, limpieza, coloración, textura, estado de hidratación y presencia de lesiones, caries: **Boca: mucosas orales semihidratadas, labios semihidratados, dientes sin caries, ni piezas dentales protésicas. No Halitosis sin lesiones.**

Piel con cierta palidez de tegumentos, Región abdominal: se observa herida quirúrgica en abdomen limpia, unida con sutura, blanda, depresible, doloroso, cursa con proceso cesárea. Cubierta con vendaje compresivo abdominal, sobre cicatriz umbilical

Observación: **realiza sus actividades de aseo personal con las precauciones necesarias y le cuesta un poco de trabajo.**

9.- evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo no si **X** toxoide diftérico no si **X** toxoide Titánico no si **X** hepatitis no si **X** neumológica no **X** si influenza no si **X** Rubéola sarampión no si **X** otra: revisiones periódicas

En el último año: Exploración prostática no si resultado autoexploración mamaria no si Resultado mamografía no **X** si resultado Papanicolaou no si **X (1 año y 6 meses)** Resultado **negativo** protecciones contra infecciones de transmisión sexual (uso de condón) No **X** si seguimiento del plan terapéutico preescrito no si **X** automedicación no **X** Si nombre del medicamento ¿consumo de drogas de uso no Medico? No **X** si ¿Cuál? **ninguno** Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad no si **X** uso de pasamanos no si **X** uso de asideras No si **X** uso de lentes de protección no **X** si aparatos protectores para la audición No **X** si bastón no **X** si percepción de su imagen corporal ¿Cómo se ve y se siente Físicamente? **Me veo muy bien, no subí mucho de peso**

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No si **X** ¿es capaz de mantener su seguridad

Física? No si **X** ¿cuenta con las medidas de seguridad? En el trabajo: no si ¿las

Utiliza? No si escuela: no si **X** ¿las utiliza? No si **X** casa: no si **X**

¿Las utiliza? No si **X** otros: calle ¿las utiliza? No si **X**

¿Cuáles? **Barandales**

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No Si **X** ¿Cuál es la causa? **Desea ver a su hijo**

Observación: **desea ver a su hijo y saber sobre su estado de salud. Que esto no afecte en su relación madre-hijo.**

Antecedentes, Madre y Padre aparentemente sanos, no vive con ellos, niega carga genética para enfermedades crónico degenerativas como Hipertensión, Diabetes Mellitus, solo como antecedente su madre tuvo embarazo gemelar. Resto de antecedentes interrogados negados.

La paciente habita en casa de su propiedad, de tabique, cuenta con los servicios de urbanización básicos (luz, eléctrica, agua potable, drenaje) con 4 habitaciones, la higiene es la adecuada, recolectan la basura en bolsas y botes, no existe fauna nociva, no hacinamiento.

Menarca: 13 años, periodo menstrual regular 30 x 3, I.V.S. 16 años, no. de parejas sexuales: 1, Gestas: 1 Partos: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 1, FUM: 05-05-09 FPP: 12 -02.10, edad del 1er embarazo: 29 años, fecha último parto o cesárea 23 febrero 2010, uso de métodos de planificación familiar: No, en el embarazo se presentan complicaciones al encontrarse en la 41.1 SDG, + TPFA + RPM 30 minutos + sufrimiento fetal. Refiere control prenatal em 10 ocasiones, ministración de ácido Fólico, antitetánica 2 dosis.

Patologías de la infancia: ninguna, no transfusiones, niega traumatismos o fracturas, Intervenciones quirúrgicas, la cesárea actual, niega trastornos metabólicos, resto interrogado y negado.

Ruptura prematura de membranas aproximadamente 30 minutos, con inicio de trabajo de parto, sufrimiento fetal. Llegando a practicársele cesárea tipo Kerr, obteniendo producto único vivo a las 23:46 hrs. Del día 23 de Febrero de 2010, sexo masculino, con peso de 3,080 kgs. Talla 51 cms. Apgar 5/8.

10.-comunicación

Idioma materno **español** ¿tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No **X** si ¿en cual? Vista oído olfato Gusto tacto ¿afectación verbal? No **X** si tipo de carácter: Auto percepción: optimista **X** pesimista realista **X** Introverso extroverso **X** otro ¿Tiene dificultad para? Comprender no **X** si aprender no **X** si concentrarse no Si lectoescritura no **X** si elementos socioculturales que afectan su comunicación Lenguaje y modelos de expresión no **X** si costumbres y expectativas no **X** si Relación de pareja no **X** si

Explore:

Características del lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos y estado de conciencia: su lenguaje es fluido, **estado de conciencia alerta, en tiempo espacio y persona, orientada, habla con mucha seguridad, no hay cambios de expresión durante la entrevista, cooperadora, alegre.**

Observación: **se observa con mucha seguridad, sin embargo refiere sentir angustia por la salud de ella y de su hijo.**

11.-creencias y valores

¿Qué es importante para usted en la vida? **Su hijo**

¿Además de este valor que otras cosas son importantes? **La vida**

¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas: ejemplos en casos de desastre ayudar **siempre que se pueda, algún día nosotros necesitaremos.**

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? **Si, no puedo pedir más.**

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? **Totalmente, la fe me ayuda en estos momentos tan difíciles.**

Explore:

Datos subjetivos: observar coherencia entre lo que la persona dice, cree o practica y lo que realmente hace ejemplo:

- lee con frecuencia **SI**
- usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros. **SI**
- Practica de oración y rezos **SI**
- Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a dios o algún santo **SI**
- Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias **NO**
- Solicita la presencia de sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual **NO**

Describe: **su hijo es lo más importante para ella.**

12.-trabajar y realización

¿Trabaja actualmente? No **X** Si ¿es estudiante? No Si **X** ¿tiene una ocupación no remunerada? No **X** si ¿es desempleado? No **X** Si ¿Por qué?

¿Esta jubilado o pensionado? No **X** Si ¿tiene alguna incapacidad?

No Si **X** ¿su incapacidad es temporal? No Si **X** ¿Qué tipo de incapacidad

Tiene? Cesárea ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No si **X** ¿de que tipo? Económica ¿A que atribuye usted este nivel de dependencia? **A no poder trabajar por el momento** ¿Cómo considera su estado Emocional? **Bueno**

¿Cómo considera su integración social? **Aceptable** ¿Cómo considera que es su integración familiar? **Con mucha fortaleza, con mucho amor** ¿es capaz de realizar actividad

normal? No **X** Si ¿puede trabajar? No **X** Si ¿necesita algún cuidado especial? No **X**

Si ¿Cuál? ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No **X** Si ¿Cuál?

¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Si **X** ¿Cuál?

Estar bajo supervisión médica. ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Siempre ¿A que lo atribuye? **A su constancia y tenacidad**

¿Cuáles son sus metas de vida? **Ser feliz con su familia el mayor tiempo posible.**

Explore:

Actitud: **es de actitud positiva, se observa optimista, realista, objetiva, convencida De sus planes y objetivos a realizar.**

Observación: **hay disponibilidad para sus actividades**

13.-recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca pocas Veces casi siempre **X** ¿a qué atribuye usted este estado de Animo? **Ser feliz**

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine teatro lectura

X TV **X** música **X** Baile **X** fiesta **X** reuniones con amistades y familiares **X** otra

¿con que frecuencia? **Regularmente**

Tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca pocas veces la mitad de las veces casi siempre
¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No Si ¿Qué medicamento le indicaron? **Ninguno** actualmente tiene usted esta enfermedad? No Si

Observación: **se observa realista, con fortaleza y decisión para afrontar todo lo que venga.**

14.-aprendizaje

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No Si ¿Por qué?
Ahora que soy madre, debo aprender como proporcionar atención y educación a mi hijo.
¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy baja **me cuesta trabajo pero si aprendo** regular Casi no me cuesta trabajo no me cuesta ningún trabajo ¿de que fuente adquiere conocimientos? Lectura sus semejantes televisión radio cursos Conferencias ¿lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No Si
¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? No Si

Explore:

Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad.: refiere tener **muchos libros en su casa, tiene iniciativa para aprender**

Observación: **le gustaría aprender lo relacionado a la maternidad y acepta los consejos que le dan en el hospital y su abuela entre otros. Así como información sobre como llevar adecuadamente el puerperio y saber que hacer en caso de alguna complicación.**

ANALISIS DE LA INFORMACION

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1.-OXIGENACION	Respiraciones poco profundas, improductivas Incisión abdominal, dolor	
2.-ALIMENTACION E HIDRATACION	Solo consumió dieta líquida, en el servicio de puerperio quirúrgico en la hospitalización.	Toma suficiente agua, no intolerancia a alimentos, no a alergia a alimentos. Alimentación balanceada en su hogar.
3.-ELIMINACION	refiere estreñimiento y dificultad al evacuar	Ingiere suficiente agua Niega molestias al orinar
4.-MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	Dificultad en su marcha y al realizar algunas actividades	
5.-DESCANSO Y SUEÑO	Refiere dolor en herida quirúrgica,	Toma siesta en el día por una hora en un lugar cómodo y agradable para dormir. Se sienta varias veces al día.
6.-VESTIDO		Se protege de acuerdo al clima
7.-TERMORREGULACION		No hay alteración en su temperatura, sabría cómo manejarla en caso necesario.
8.-HIGIENE	Medio hospitalario y Herida quirúrgica	Lava seguido sus manos, visita a su dentista regularmente, baño diario con cambio de ropa, aseo personal en condiciones adecuadas. La piel se encuentra en hidratada

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
9.-EVITAR PELIGROS	Herida quirúrgica y dificultad en su marcha	Inmunizaciones completas, usa medidas de seguridad en la casa y en la calle, niega alergias, antecedente de la rotura prematura de membranas por 30 minutos, relaciones interpersonales aceptables.
10.-COMUNICACIÓN		Vive con su abuela, mantiene buena comunicación con sus padres, Se acepta a sí misma, optimista, objetiva.
11.-CREENCIAS Y VALORES		De valores, realista, ama a su familia, realiza oraciones, tiene la convicción de ayudar, satisfecha con la vida, su religión es muy importante, la felicidad es lo primordial.
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	Preocupación por recién nacido , no lo ha podido ver y no tiene información sobre su estado, espera que esto no afecte en su relación madre-hijo	Estado emocional positivo en general, fortaleza integral familiar, satisfecha con sus labores del hogar, refiere deseo de seguir estudiando.
13.-RECREACION		De momento sus actividades han disminuido, Tiene diversas actividades recreativas
14.-APRENDIZAJE	Refiere no conocer mucho sobre los cuidados a su hijo y a ella misma. Sobre la rutina puerperal y en caso de complicaciones.	Satisfecha con lo que tiene, desea aprender, para desempeñar mejor su labor como madre.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Etiqueta diagnóstica	definición	Factores relacionados	manifestaciones
Patrón respiratorio ineficaz	Estado en el cual una persona experimenta una alteración en el ritmo respiratorio que le origina una disminución de la eficacia respiratoria.	Incisión abdominal	Respiraciones poco profundas, tos improductiva
Riesgo de nutrición defecto	Estado en que una persona experimenta una ingesta de nutrientes insuficientes para cubrir las necesidades metabólicas.	Debilidad de los músculos necesarios para la deglución. Ingesta inferior a las raciones diarias recomendadas, dolor abdominal.	
Estreñimiento	Estado en que una persona experimenta un cambio en los hábitos intestinales normales caracterizado por la disminución de la frecuencia de las defecaciones y/o eliminación de heces duras y secas.	Una baja ingesta de fibra, ingesta insuficiente de agua y alimentos Actividad física disminuida, puerperio quirúrgico.	Frecuencia inferior al patrón habitual Esfuerzo por defecar Disminución de los sonidos intestinales. Nauseas.

Etiqueta diagnóstica	Definición	Factores relacionados	Manifestaciones
Dolor	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final previsible y una duración menor a 6 meses	Expresión verbal y gesticulación del dolor Ansiedad e inquietud	gestos forzados, palidez, inquietud, aumento del pulso, de la respiración y de la tensión arterial
Riesgo de infección	Estado en cual el individuo posee un aumento del riesgo de invasión por organismos patógenos	Actos médicos invasivos, rotura de la piel, tejido traumatizado	
Riesgo de caídas	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	Estados postoperatorios Disminución de la fuerza de las extremidades Dificultad en la marcha	
Riesgo de alteración en el vínculo materno infantil.	Estado en el cual el individuo puede experimentar conflicto o confusión en la función de madre en respuesta a una crisis.	Hospitalización del niño en unidades de cuidados intensivos.	

Etiqueta diagnóstica	Definición	Factores relacionados	Manifestaciones
Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud.	Estado en el que una persona esta en riesgo de experimentar un trastorno en la salud debido a un estilo de vida insano o la falta de conocimientos para manejar una situación.	Hábitos de seguridad, falta de información sobre los factores que pueden generar una alteración.	

2.4 PLANEACION

JERARQUIZAR NECESIDADES

NECESIDADES DETECTADAS	OBJETIVO
OXIGENACIÓN	La persona mantendrá un patrón respiratorio eficaz y no tendrá complicaciones respiratorias.
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	La persona restablecerá el equilibrio nutricional y prevendrá problemas de nutrición.
ELIMINACIÓN	La persona defecará sin esfuerzo y sin dificultad antes de las 24 horas.
DESCANSO Y SUEÑO	La persona experimentará el mínimo dolor y molestias abdominales con medicamentos y bienestar.
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	La persona mantendrá las defensas del cuerpo, prevendrá la propagación de microorganismos así como reducirá o aliviará los problemas asociados a una infección.
EVITAR PELIGROS	La persona conocerá medidas de prevención de caídas así como modificación del medio para que sea seguro.
TRABAJAR Y REALIZARSE	La persona tendrá un vínculo positivo temprano con el recién nacido.
APRENDIZAJE	La persona conocerá durante el puerperio y actividades a realizar en el, para prevenir alguna complicación durante su estancia hospitalaria

2.5 EJECUCIÓN

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con una incisión abdominal manifestado con respiraciones poco profundas, tos improductiva y respiración entrecortada.

Objetivos para la persona

La persona mantendrá un patrón respiratorio eficaz y no tendrá complicaciones respiratorias.

Intervenciones de enfermería

Valorar la existencia de respiración poco profunda y sonidos accidentales.

Animar a la persona a que tosa, cambie de postura y respire profundamente cada 1 ó 2 horas.

Enseñe al cliente a protegerse la incisión al toser o respirar hondo.

Fundamentación de los cuidados de Enfermería

La respiración ineficaz puede provocar atelectasias o neumonía.

Esto ayuda a movilizar las secreciones y reduce el riesgo de atelectasias y otras complicaciones.

Esto protege la herida y reduce el dolor

Ejecución

Se valora a la persona como es su respiración frecuencia, intensidad así como la presencia de sonidos accidentales.

Se llevan a cabo ejercicios respiratorios, cambios de postura cada 2 horas. Así como deambulación.

Se le enseña a la persona a proteger la incisión al toser o respirar hondo.

Evaluación de los cuidados de enfermería

Desde el 2.º día, la persona se sujeta la incisión abdominal al toser y al respirar hondo como mínimo cada dos horas.

Sus sonidos respiratorios son claros. No se aprecian sonidos accidentales.

Necesidad: Alimentación e hidratación

Diagnóstico de Enfermería

Alteraciones de la nutrición por defecto relacionado con una ingesta inadecuada de fibra, vitaminas y proteínas inferior a los requerimientos del organismo manifestado por pérdida de peso corporal y hambre.

Objetivos para la persona

La persona restablecerá el equilibrio nutricional y prevendrá problemas de nutrición así como mantendrá su peso.

Intervenciones de enfermería

Instruir a la persona sobre las dietas terapéuticas

Llevar a cabo acciones que estimulen el apetito

Controlar la ingesta y eliminación de líquidos.

Controlar los alimentos ingeridos

Comprobar que la persona se lave las manos antes de las comidas e incluso la boca.

Ayudarle a adoptar una postura cómoda para comer

Sugerirle a la persona las formas de modificar los patrones de conducta alimentaria

Fundamentación de los cuidados de Enfermería

Las dietas especiales se prescriben para tratar un proceso patológico, para prepararse para una exploración especial o cirugía y para fomentar la salud. Algunas dietas son temporales.

La hospitalización hace perder el apetito a muchas personas por diferentes motivos, por la enfermedad o porque las comidas le resultan nuevas e insípidas, por motivos psicológicos, por el entorno y por el dolor físico.

El registro de todos los alimentos ingeridos ayuda a identificar el tipo de alimentos que se consumen.

Si tiene problemas de higiene oral, es conveniente el ase para eliminar el mal sabor de boca y fomentar el apetito

La modificación de la conducta puede ayudar a cambiar los hábitos alimentarios.

Ejecución

Se le obsequian trípticos sobre una alimentación balanceada, así como componentes del plato del buen comer y pirámide nutricional.

Se le proporcionan alimentos ricos en fibra

El orden y la limpieza estimulan el apetito

Se le apoya en una postura cómoda para comer.

Se toma somatometría antes del alta.

Evaluación de los cuidados de enfermería

La persona es capaz de identificar dos alimentos ricos en fibra, proteínas y vitaminas

Ha ganado 500 gramos y se encuentra menos fatigada.

Queda satisfecha, no se queda con hambre.

Necesidad: Eliminación

Diagnóstico de Enfermería

Estreñimiento relacionado con baja ingesta de fibra, inactividad manifestado con evacuaciones poco frecuentes, defecación dolorosa y distensión abdominal.

Objetivos para la persona

La persona aliviará del estreñimiento.

Intervenciones de enfermería

Fomentar la ingesta de líquidos templados al principio de la mañana.

Estimular la ingesta de alimentos como el salvado y frutas y verduras frescas en la dieta diaria.

Explicar a la persona que debe hacer tres o cuatro comidas al día.

Mejorar la actividad física a través del ejercicio, por ejemplo, deambulando.

Fundamentación de los cuidados de Enfermería

El aumento de la ingesta de líquido reduce la incidencia de estreñimiento y los líquidos calientes estimulan el peristaltismo

Los alimentos ricos en fibra aumentan la masa fecal.

Comer a intervalos regulares favorece la regularidad en la defecación.

El ejercicio potencia el apetito y el peristaltismo

Ejecución

Se le proporciona líquidos templados por la mañana.

Se le proporciona dieta rica en fibra así como suficientes líquidos

Se le apoya en la deambulación y ejercicios

Se vigilan y registran evacuaciones y características.

Evaluación de los cuidados de enfermería

Evacuó heces blandas y bien formadas. Toma líquidos templados por la mañana antes del desayuno

No presenta estreñimiento.

Necesidad: Descanso y Sueño

Diagnóstico de Enfermería

Dolor agudo relacionado con la incisión quirúrgica abdominal, manifestados por gestos forzados, palidez, inquietud, entuertos, aumento del pulso, de la respiración y de la tensión arterial

Objetivos para la persona

La persona experimentará el mínimo dolor y molestias abdominales con medicamentos y bienestar.

Intervenciones de enfermería

Valorar y anotar la descripción, localización duración y características del dolor la persona.

Mantener un contacto frecuente con la persona y escuchar atentamente sus quejas.

Reducir o eliminar los factores que producen dolor, como el miedo, la ansiedad, la falta de conocimientos, la ropa humada o posturas inadecuadas.

Utilizar las técnicas de distracción, como por ejemplo, los ejercicios de respiración lenta.

Proporcionar estimulación cutánea con masajes de espalda por ejemplo.

Administrar los analgésicos prescritos

Anotar la respuesta a la medicación

Enseñar a la persona a solicitar los analgésicos antes de que el dolor se vuelva más agudo

Enseñar a la persona técnicas de relajación, como por ejemplo, a tensar y relajar grupos musculares o respirar de forma rítmica

Fundamentación de los cuidados de Enfermería

El dolor es una experiencia personal y la enfermera debe confiar en la descripción que hace la persona para poder tratarlo eficazmente,

Las normas culturales pueden empujar a algunas personas a adoptar una actividad extraña.

Eliminar los factores causantes reduce la incidencia del dolor.

Distrayendo la atención la persona del dolor se consigue reducir la percepción del mismo

La estimulación cutánea alivia el dolor ya que bloquea los impulsos dolorosos que viajan a lo largo de las delgadas fibras nerviosas por la sinapsis del asta dorsal (teoría de la puerta-control)

Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central a nivel del tálamo y el corteza cerebral.

La dosis de medicamentos puede no ser la adecuada para elevar el umbral del dolor de la persona o puede tener efectos secundarios, como depresión respiratoria.

El dolor agudo es más difícil de controlar y aumenta la ansiedad y la fatiga.

Las técnicas de relajación potencian los efectos de otras terapias contra el dolor, reducen la ansiedad y alivian la depresión.⁷⁴

Ejecución

Se clasifica el dolor de acuerdo a su duración

Se llevan a cabo medidas no invasivas tales como la distracción, técnicas de relajación, toque terapéutico, imaginación dirigida y ciertas técnicas de estimulación cutánea estas ya como funciones independientes de enfermería. La principal acción es la ministración de medicamentos.

Evaluación de los cuidados de enfermería

La persona solicita analgésicos al inicio del dolor

Afirma el dolor ha desaparecido prácticamente, 20 minutos después de la administración del analgésico.

Practica ejercicios de respiración rítmica cada 3 ó 4 horas durante la jornada, a partir del segundo día.

Solicita analgésicos 30 minutos antes de realizar un cambio postural y adoptar una nueva postura.

Puede toser y hacer aspiraciones profundas cada hora o cada dos horas, después de tomar un analgésico

⁷⁴ KOZIER bárbara. (1994). *Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y Práctica*, 4ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, México. Pág.1050

Necesidad: Higiene y protección de la piel

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con incisión quirúrgica abdominal

Objetivos para la persona

La persona mantendrá las defensas del cuerpo, prevendrá la propagación de microorganismos así como reducirá o aliviará los problemas asociados a una infección.

Intervenciones de enfermería

Lavado de manos antes y después de cualquier contacto directo con la persona

Emplear prácticas que reduzcan el número de organismos en el ambiente, cambiar gasas húmedas constantemente,

Colocar el material contaminado en recipientes para su tratamiento

Vigilar herida abdominal con más frecuencia.

Secar completamente la piel después de bañar al paciente y aplicar loción a las áreas rasposas o secas.

Cambiar de postura las púerperas debe deambular frecuentemente

Utilizar una técnica aséptica cuando se cambien los vendajes.

Controlar los cambios significativos de las constantes vitales que podrían indicar la presencia de infección.

Pedirle al cliente que se mueva, tosa y respira profundamente al menos cada dos horas.

Proporcionar una ingesta de líquidos

Ayudar a que obtenga una respuesta nutricional óptima.

Observar características de la orina y controlar los resultados de laboratorio, informar al médico si la persona se queja de picor o escozor al orinar, disminución de la diuresis o aumento de la densidad, frecuencia urinaria u orina turbia o de mal olor.

Fundamentación

El lavado de manos es eliminar los microorganismos transitorios que se podrían transmitir a los pacientes, visitantes y otro personal de cuidado.

Con esto se evita la propagación de microorganismos.

El drenaje de las gasas suele tener una alta concentración de microorganismos.

Las medidas de higiene reducen la propagación de microorganismos al ambiente

Con esto evitamos contaminar y así evitamos una infección

La humedad es factor para desarrollar microorganismos

La temperatura elevada puede indicar una infección de la herida que retrasara la cicatrización

La técnica estéril reduce el riesgo de infección de las heridas

Si el recuento de leucocitos es elevado puede indicar una infección y un retraso en la cicatrización

Las proteínas y la vitamina 1 son esenciales para la cicatrización tisular.⁷⁵

Ejecución

Se lleva a cabo lavado de manos antes y después de cualquier contacto directo con la persona, antes de un procedimiento invasivo, después de tener contacto con materiales infecciosos (heces, orina, drenajes etc.)

Se emplean prácticas que reduzcan el número de organismos en el ambiente (cambiarle las sábanas y gasas regularmente)

Inspeccionan la herida abdominal en cada turno, o con más frecuencia si hay dolor excesivo, presencia de edema periférico, cambios en la temperatura o color de cualquier extremidad.

Se lleva a cabo el secado completamente de la piel, después de bañar a la paciente, y aplicar loción a las áreas rasposas o especialmente secas.

Se cambia de postura a la puérpera y se invita a deambular con más frecuencia teniendo las medidas de seguridad.

Se lleva a cabo el control de los cambios significativos en las constantes vitales

⁷⁵ *Ibidem* Pág. 496

que podrían indicar presencia de infección (signos inflamatorios sistémicos, temperatura, pulso y/o respiraciones elevadas, disminución de la tensión arterial)

Evaluación

La persona expresa verbalmente comprensión de los factores de riesgos individuales

Identifica las medidas para prevenir o reducir el riesgo de infección dentro de la zona hospitalaria

Practica las precauciones adecuadas para prevenir la infección

Permanece libre de infección nosocomial durante la hospitalización

No experimenta signos de infección en la herida quirúrgica

Tiene cultivos negativos de las secreciones corporales, excreciones y exudados.

Tiene un recuento de leucocitos dentro de los límites normales

Lleva a cabo una nutrición óptima.

Necesidad: evitar peligros

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas en relación a la resistencia limitada asociada a la inmovilidad

Objetivos para la persona

La persona conocerá medidas de prevención de caídas así como modificación del medio para que sea seguro.

Intervenciones de enfermería: orienta a los clientes al ingreso sobre el entorno y explica el sistema de llamada

Valora cuidadosamente la capacidad de la persona para desplazarse.

La enfermera proporciona ayuda para caminar y asistencia si así lo requiere

Supervisa muy de cerca de la persona durante los primeros días, especialmente por la noche.

Anima a la persona a utilizar el timbre de llamada a solicitar ayuda.

Se asegura de que el timbre de llamado esté al alcance de la persona
Colocar mesillas de noche y cerca de la cama de tal forma que la persona no tenga que moverse mucho y pueda por lo tanto perder el equilibrio.

Mantener siempre las camas del hospital en una posición baja, mientras no requiera asistencia con el fin de que la persona pueda moverse fácilmente

Animar a la persona a utilizar las barras que se instalan en los cuartos de baño y en los corredores.

Mantener el entorno ordenado, sobre todo retirar los cordones de la luz.

Fundamentación

Un entorno extraño y problemas de orientación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad y las caídas de la persona.

Le hace sentirse más cómodo y seguro y reduce la desorientación

Reduce el riesgo de caídas al intentar salir de la cama sin ayuda

Es una medida de seguridad, ya que reduce el riesgo de caerse desde una altura elevada

Reduce el riesgo de caídas

La desorientación suele ocurrir por la noche.

Una persona con problemas de la movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen peligros para facilitarle así las actividades de la vida diaria.⁷⁶

Ejecución

Se suben barandales durante el sueño.

Se mantiene la cama a una altura baja

La persona llama a la enfermera para que le ayude a trasladarse al baño.

La persona utiliza los dispositivos que se encuentran instalados en corredores y baños.

Se mantiene ordenado el entorno.

Evaluación

Demuestra el uso adecuado de medidas para protegerse de alguna lesión por caídas

Las precauciones de seguridad y el uso de una mecánica corporal son esenciales siempre que la enfermera ayude a los clientes a moverse.

Ha intentado levantarse de la cama sin ayuda solo una vez.

Manifiesta que tener las luces encendidas toda la noche le ayuda a ver dónde están las cosas en la habitación.

⁷⁶ CARPENITO Linds Juall(2002). *Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica*, 9ª edición. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Colombia Pág. 448

Necesidad: trabajar y realizarse

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de alteración en el vínculo materno infantil a causa de falta de contacto inicial, por el estado del recién nacido.

Objetivos para la persona

La persona tendrá un vínculo positivo temprano con el recién nacido

Intervenciones de enfermería

Se solicitara proporcionar la oportunidad de que la madre vea, cargue y examine al recién nacido en la sala de recuperación (de ser posible) o se le informara acerca del estado del recién nacido y sus características (sexo, peso, normalidad, progreso)

Háblese de los sentimientos y de la reacción de la madre a la cesárea y proporciónese información y explicaciones.

Fundamentación

Al recibir información y poder tener contacto con el recién nacido hace que la madre tenga tranquilidad y pueda llevar su proceso de recuperación adecuadamente.

Ejecución

Se lleva a la persona al área de terapia al segundo día y con las precauciones necesarias observo a través del cristal a su hijo y además se le dio información sobre el estado del recién nacido. Posteriormente ya dada de alta tuvo contacto con él.

La persona habla sobre su experiencia de la cesárea, sabe que se complicó su embarazo y el porque su hijo está en terapia intensiva. Se le proporciona información al respecto.

Evaluación

La madre tiene contacto inicial satisfactorio con el recién nacido, obtiene respuestas a sus preguntas y se siente bien informada.

La madre se expresa con libertad, recuerda la experiencia completa y comienza a integrarle.

Necesidad: aprendizaje

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con conocimientos insuficientes de la rutina puerperal, la higiene, los cuidados del lactante, los signos y síntomas de las complicaciones de los factores de riesgo, de las restricciones de la actividad y de los cuidados complementarios

Objetivos para la persona

La persona conocerá durante el puerperio y actividades a realizar en el, para prevenir alguna complicación durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería

Explicar las maniobras posoperatorias:

Proporcionar atenciones posoperatorias parecidas a las que se brindan después de intervenciones quirúrgicas abdominales.

Observar en busca de hemorragia.

Inspeccionar apósitos perineales y abdominales.

Valorar signos vitales con frecuencia.

Administrar los oxitócicos prescritos.

Revisar fondo uterino para ver si está firme.

Seguir pasando líquidos por vía IV según la prescripción médica.

Revisar la producción de orina de la sonda a permanencia para ver el volumen y si hay hematuria.

Proporcionar los medicamentos necesarios para mitigar el dolor.

Alentar a la paciente a que se vuelva de lado a lado, que respire profundamente, que tosa.

Ayudarla a dejar la cama el primer día del posoperatorio.

Tan pronto sea posible, que sostenga y cuide a su hijo para que se asegure de que está bien.

Puede mantenerse la infusión intravenosa hasta que cese la fiebre, se escuchen nuevamente los sonidos intestinales y se toleren los líquidos

Describir las características físicas normales del recién nacido.

Instruir a la madre acerca de sus necesidades especiales como son: reposo, recuperación y procesos emocionales.

Aliéntese a la madre a que exprese sentimientos, se proporcionara apoyo a interpretaciones positivas, se reforzaran aspectos normales.

Iniciar una educación para reducir sus pocos conocimientos.

Enseñar los fundamentos y procedimientos para darse la vuelta, toser, respirar profundo y ejercicios de piernas, darle tiempo para que practique.

Identificar y enseñar los aspectos específicos de la experiencia quirúrgica que desee conocer la persona.

Mencionarle a la persona sobre las sensaciones que experimentara

Hay que recomendar a la mujer que tosa y respire profundamente cada 2-4 horas mientras este despierta, hasta que empiece a caminar frecuentemente.

También debe realizar ejercicios con las piernas cada dos horas.

Administrar analgésicos según las necesidades.

Fomentar las visitas de las personas allegadas.

La enfermera puede reducir las molestias y fomentar el bienestar conforme la mujer vaya asumiendo las actividades de su nueva situación.

Educación sobre lactancia materna

Enseñar cómo detectar cuáles son los signos de infección

Informar que de no presentarse ninguna complicación, normalmente las mujeres que se someten a una cesárea suelen evolucionar muy bien tras una intervención. La mayoría de ellas empieza a caminar al día siguiente de la cirugía. Normalmente, el segundo día se puede cubrir la incisión con un vendaje plástico para que la mujer pueda ducharse, lo que parece ser de gran ayuda física y mental. La mayoría de las mujeres recibe el alta al tercer día.

Fundamentación

Cuando la madre aplica sus conocimientos y su capacidad para reconocer las señales que emite el niño, la retroalimentación positiva le produce gran satisfacción.⁷⁷

⁷⁷ REEDER. (1995) *Enfermería Materno Infantil*, editorial Mac Graw Hill, México,

El riesgo de infección pulmonar aumenta debido a la inmovilidad tras el uso de narcóticos sedantes, así como a la alteración de la respuesta inmunitaria que se observa tras la cirugía

Estos ejercicios favorecen la circulación, y ayudan a prevenir tromboflebitis y también facilitan las contracciones uterinas periódicas (entruetos), la micción, la defecación y el estreñimiento.

Especialmente durante las 24-72 horas posteriores al parto. Los analgésicos mitigan el dolor de la mujer y facilitan su actividad y motilidad⁷⁸

Estas visitas tienden a distraer de las sensaciones dolorosas y le ayudan a reducir el miedo y la ansiedad.

Las indicaciones y la ayuda para que adopte posturas más cómodas al sujetar o dar el pecho al niño refuerzan la sensación de competencia y el bienestar de la mujer

Proporcionar información sobre la rutina puerperal de la institución hospitalaria, como lo es baño, toma de medicamentos etc. y que haya comunicación con el personal de salud.

Le ayudara a detectar algún signo de infección

Ejecución

Se le proporciona información y trípticos sobre lactancia materna. Así como también cambios biológicos de la persona durante el puerperio

Practica procedimientos y ejercicios, como toser, darse la vuelta, mover las piernas que este con movilidad, así como deambular frecuentemente para que el proceso de recuperación sea adecuado

Se le habló sobre la cesárea y los sentimientos que podría experimentar.

Se le ministraron analgésicos indicados

Recibió visita durante su estancia hospitalaria.

Se le mostró donde estaban ubicadas diferentes áreas y se le presento al personal que estaría a cargo de sus cuidados.

⁷⁸ KIM, MCFARLAND, MCLANE, (1993). *Diagnósticos de Enfermería*, guías profesionales de Enfermería, 4ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España. Pág. 230

Se le proporcionan trípticos donde contienen datos sobre los signos de inyección y como actuar en caso de presentarse.

Evaluación

La madre comprende y acepta las necesidades, toma medidas al respecto.

La madre expresa sus sentimientos e identifica aspectos positivos de la cesárea.

Expresa y se muestra cómoda con el ambiente de la unidad, el tratamiento y el personal sanitario

Se muestre cómoda con los ejercicios de tos, respiración profunda y de piernas.

Que manifieste un aumento en el bienestar psicológico y técnicas de afrontamiento.

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

La persona deberá llevar a cabo las siguientes intervenciones para lograr un curso adecuado en su puerperio y su pronta recuperación.

Vigilar:

Signos y síntomas de alarma

Vigilar datos de dificultad respiratoria

Vigilar datos de infección en su incisión abdominal. Si llegara a presentar fiebre, enrojecimiento, dolor acudir de inmediato a los centros de salud.

Vigilar loquios (ya se le explicó a la persona características)

Signos de complicaciones y cuidados del recién nacido

Recomendaciones terapéuticas medicamentosas

Se le proporciona información a la persona de cómo utilizar sus medicamentos tomando en cuenta el propósito, nombre, dosificación, horario y efectos secundarios que se puedan presentar. Terminar el tratamiento.

Recomendaciones higiénicas

Cuidados en la cirugía abdominal técnicas de asepsia

Lavado de manos antes y después de los alimentos, de las curaciones,

Aseo mínimo tres veces al día su boca

Incluye información sobre higiene personal (aseo del perineo por los loquios)

cuidado de los senos en caso de amamantar

Cuidados en casa

Posición decúbito lateral derecho o izquierdo (enseñarle)

Evite los cambios bruscos de temperatura

Evite el contacto con alérgenos, polen, flores, perros, gatos, pájaros

Ejercicio y reposo

Descanse por periodos durante el día, si se siente cansado

Camine por periodos cortos sin agitarse

Restricciones en cuanto a ejercicio y actividad,

Actividad sexual

Recomendaciones dietéticas.

Dieta normal, rica en fibra

Abundantes líquidos

2.6 EVALUACIÓN

Objetivo	Criterios de resultados	Objetivo logrado
La persona mantendrá un patrón respiratorio eficaz y no tendrá complicaciones respiratorias	<p>Respiración profunda cada hora durante las primeras 48 horas.</p> <p>Ausencia de sonidos respiratorios adventicios a partir del 3. Día.</p> <p>Se sujeta el abdomen para toser o respirar hondo desde el 2. ° Día.</p>	Se logró el objetivo
La persona restablecerá el equilibrio nutricional y prevendrá problemas de nutrición así como mantendrá su peso.	<p>Identifica los factores que influyen en una, ingesta adecuada de alimentos.</p> <p>Identifica las fuentes alimentarias de fibra</p> <p>Detalla las modificaciones que debe hacer en la dieta (que alimentos debe incluir o suprimir)</p> <p>Come sin necesidad de ayuda</p>	Se logró el objetivo
La persona aliviará del estreñimiento	<p>Bebe diariamente de 2000 a 3000 ml de líquido.</p> <p>Toma líquidos templados antes del desayuno.</p> <p>Come tres veces al día dieta rica en fibra</p>	Se logró el objetivo
La persona experimentará el mínimo dolor y molestias abdominales con medicamentos y bienestar	<p>Afirma el dolor ha desaparecido prácticamente, 20 minutos después de la administración del analgésico y comprende la causa del dolor.</p>	Se logró el objetivo

Objetivo	Criterios de resultados	Objetivo logrado
<p>La persona mantendrá las defensas del cuerpo, prevendrá la propagación de microorganismos así como reducirá o aliviará los problemas asociados a una infección.</p>	<p>La persona expresa verbalmente comprensión de los factores de riesgos individuales</p> <p>Mantiene protección con los cuidados y curaciones realizados.</p>	<p>Se logró el objetivo</p>
<p>La persona conocerá medidas de prevención de caídas así como modificación del medio para que sea seguro.</p>	<p>Paola. Demuestra el uso adecuado de medidas de seguridad para protegerse de alguna lesión por caídas</p>	<p>Se logró el objetivo</p>
<p>La persona tendrá un vínculo positivo temprano con el recién nacido.</p>	<p>La madre tiene contacto inicial satisfactorio con el recién nacido, obtiene respuestas a sus preguntas y se siente bien informada</p> <p>El recién nacido continúa hospitalizado y tendrá que esperar para interactuar para que sea completo.</p>	<p>Objetivo parcialmente logrado</p>
<p>Que conozca los cambios de la persona durante el puerperio y actividades a realizar en él, para prevenir alguna complicación durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>La madre comprende y acepta las necesidades, cambios fisiológicos y toma medidas al respecto.</p> <p>Expresa y se muestra cómoda con el ambiente de la unidad, el tratamiento y el personal sanitario</p>	<p>Se logró el objetivo</p>

EVALUACION GENERAL

Los cuidados que se le brindaron a PAOLA ayudaron en la pronta recuperación de su estado de salud.

No se tuvo el tiempo suficiente para continuar con los objetivos establecidos, sin embargo conseguimos que PAOLA adquiriera conocimientos que al llevarlos a la práctica llevaran a su recuperación y a una calidad de vida adecuada. Se sintió satisfacción el colaborar en los cuidados proporcionados a PAOLA y que tuviera una mejor estancia durante el tiempo que estuviese internada.

Desde un principio hubo disposición de la paciente para realizar la valoración encontrando datos que nos llevaron a diagnósticos y se procedió a realizar la planeación adecuada, además de la ejecución del cuidado recopilando información para proporcionarla a la persona y con esto conservar su salud y evitar riesgos.

Se le brindaron los cuidados necesarios a la persona para satisfacer las necesidades que ella requería.

CONCLUSIONES

Se consiguió alcanzar el objetivo general ya que se fortalecieron los conocimientos aprendidos durante la carrera de enfermería además de que se adquirieron nuevas habilidades al aplicar estos conocimientos y procedimientos en una persona en etapa reproductiva y gestacional que cursaba puerperio quirúrgico.

Quedo satisfecha con los logros alcanzados, sin embargo enfermería me ha enseñado a no quedarme con lo que tengo sino buscar estrategias, de cómo aprender y a realizar mi trabajo profesionalmente buscando la excelencia en el cuidado integral a la persona que confía en nosotros.

Se logra la independencia de la persona en sus necesidades, solo en la necesidad de trabajar y realizarse queda parcialmente lograda, ya que el recién nacido queda hospitalizado cuando Paola se va de alta y no poder interactuar, amamantar a su hijo, aun así se siente satisfecha por la evolución satisfactoria del recién nacido.

Sus necesidades quedan cubiertas puede respirar sin complicaciones, el dolor ha desaparecido, logra evacuar sin dificultad, no hay problema en su eliminación, aprendió a llevar un adecuada alimentación así como, cuidados que deberá llevar en el puerperio hasta lograr la completa satisfacción de sus necesidades.

Al final podemos decir que la experiencia vivida con una persona obstétrica puede ser o no satisfactoria, en este caso lo fué.

Finalmente me siento satisfecha por esta nueva experiencia, realmente importante y de infinita emoción, ya que en lo particular es preferible ver nacer a alguien que verlo morir en un hospital

SUGERENCIAS

Durante la elaboración y cada paso de este proceso deseaba dejar plasmado mi deseo e inquietud por contribuir a dejar un proceso de calidad y despertar el interés por conocer y aplicar el proceso Enfermero a compañeros de trabajo, estudiantes de otras escuelas, sobre todo, donde no se aplica.

Estoy segura que poco a poco con la participación de los profesionales de enfermería en la práctica se logrará que el Proceso Atención Enfermería se aplique en todas y cada una de las instituciones de salud.

No ver limitantes, pienso que uno mismo es el que se condiciona, no caer en lo que hacen los demás, es difícil cuando no hay preparación, pero en nuestro caso como licenciado en enfermería es responsabilidad, compromiso a uno mismo, a la Universidad a la cual me siento orgullosa de haber pertenecido.

El proceso combina habilidades del pensamiento crítico así como cuidados de enfermería, que son factor clave para lograr resultados positivos e incrementar satisfacción de la persona

GLOSARIO

AMNIOREXIS: Se le llama a la ruptura de membranas que efectúa o realiza el obstetra, hay salida de líquido amniótico.

BETAMETASONA: Es un glucocorticoide que actúa acelerando la maduración pulmonar del feto

CESAREA: El parto por cesárea es la extracción del producto del útero al través de una incisión en éste y en la pared abdominal.

DISTOCIAS: Significa parto difícil, se deriva de las contracciones anormales, rotación inadecuada del producto, producto grande o una pelvis contraída (que quiere decir que uno o mas diámetros de la pelvis materna están reducidos y es causa de una desproporción cefalopelvica), estrecho medio o estrecho inferior.

DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA: Es la separación postoperatoria de la incisión afrontada que involucran todas las caras de la pared abdominal. Se va a presentar dentro de las dos primeras semanas del estado postoperatorio.

DESACELERACIONES: Disminución en la velocidad de objeto o de una reacción

RECUENCIA CARDIACA FETAL: Numero de latidos cardiacos del feto por unidad de tiempo.

HISTERECTOMIA: Extirpación quirúrgica del útero, a través del abdomen o la vagina.

HIPOXIA: Cuando el suministro de oxígeno no es suficiente para cubrir las necesidades fisiológicas del feto, puede producirse sufrimiento

LIQUIDO AMNIOTICO: Líquido producido por las membranas fetales y el feto. Rodea al feto durante su embarazo y su volumen a término es de aproximadamente 1000 ml. además de proteger físicamente al feto, constituye un medio donde se produce un intercambio activo de sustancias químicas

MEMBRANAS: Capa fina de tejido que recubre una superficie, reviste una cavidad o divide un espacio, como la membrana abdominal que recubre la pared abdominal

MECONIO: Material que se acumula en el intestino del feto y constituye las primeras heces del recién nacido. De consistencia espesa y pegajosa, un color verdusco o negro y esta compuesto por secreciones de las glándulas intestinales.

OXITOCINA: Estimulante uterino. Antihemorrágico. Estimulante de la eyección Láctea.

POLIHIDRAMNIOS: Trastorno de la gestación caracterizada por un exceso de líquido amniótico que aparece en menos el 1 % de los embarazos.

PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL: Cuando este aparece por la vagina por delante de la presentación y está roto el saco amniótico, surge con una frecuencia de 1 en cada 300 partos.

PUERPERIO: Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente 6 semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o más amplias de la maternidad y de la vida de no gestante.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Se llama rotura prematura a la rotura espontánea de las membranas que sucede dentro de las 2 horas previas de iniciado el trabajo de parto, o precoz cuando sucede al inicio del trabajo de parto.

SUFRIMIENTO FETAL: Condición comprometida del feto, que generalmente se descubre durante el parto, caracterizada por anomalía marcada de la frecuencia o el ritmo de la contracción miocárdica

BIBLIOGRAFÍA

BRUNNER, (1991). Manual de la enfermera. 4ª. Edición, editorial Mc Graw Hill interamericana, México,

CARPENITO LINDAS JUALL(2002). Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica, 9ª edición. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Colombia

KIM, MCFARLAND, MCLANE, (1993). Diagnósticos de Enfermería, guías profesionales de Enfermería, 4ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España.

KOZIER BÁRBARA. (1994). Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y Práctica, 4ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, México.

LADEWING, Patricia. (2006). Enfermería Maternal y del Recién Nacido. 5ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana, España.

LEPORI LUIS R.(2002). Farmacología clínica de Bolsillo. 1ª. Edición, editorial Patripel, Argentina.

LEWIS B. BÁRBARA (1996). Normas de los cuidados de la persona. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta. 6ª edición, editorial Harcourt, Océano, España,

MARRINER T, Ann (1999), Modelos y teorías de Enfermería.4ª. edición, editorial Hancourt,

MOSBY, (2006) Diccionario de Medicina, editorial Océano, Barcelona España.

RAMIREZ A. Félix.(2002).Obstetricia para la enfermera profesional. Edición. Editorial Manual Moderno. México.

REEDERJ. SHARON (1995) Enfermería Materno Infantil, 10 edición, editorial Mac Graw Hill, México,

VIGIL de Gracia Paulino(2008) Obstetricia complicaciones en el embarazo. Editorial Distribuna, Colombia.