



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

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA JOVEN ADOLESCENTE DE 19 AÑOS DE EDAD
QUE PRESENTA TRABAJO DE PARTO CON TAN SOLO 34 SEMANAS
DE GESTACIÓN**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:
ARMENIA MARQUEZ DE LOS SANTOS
No. de Cta. 402085430**

**DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

MÉXICO, D. F. MARZO DE 2008





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.

INDICE

Introducción	3
Objetivos	4
Justificación	5
Metodología de trabajo	6
Capitulo I. Marco Teórico	7
1.1 El Modelo de Virginia Henderson	7
1.2 Proceso Atención de Enfermería y sus etapas	10
1.2.1 Valoración	12
1.2.2 Diagnostico de Enfermería	18
1.2.3 Planificación de los Cuidados de Enfermería	23
1.2.4 Etapa de Ejecución	29
1.2.5 Etapa de Evaluación	30
1.3 Anatomía y Fisiología	31
1.3.1 Anatomía del Aparato Reproductor Femenino	31
1.3.2. Cambios durante el Embarazo	35
1.4 Cambios Anatómicos y Funcionales durante el Puerperio	40
1.5. Cuidados de enfermería durante el puerperio	51
Capitulo II Aplicación del Proceso de Enfermería	62
2.1 Presentación del Caso	62
2.2 Valoración de Enfermería	63
2.3 Diagnósticos de Enfermería	69
2.4. Planeación, Ejecución y Evaluación de Enfermería	71
Conclusiones	86
Sugerencias	88
Glosario	89
Bibliografía	93
Anexos	95

INTRODUCCION.

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo. La adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de diferentes ópticas por un lado implica desde el riesgo de mortalidad materna causado por trastornos diversos (metrorragias, abortos espontáneos, anemias, infecciones de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, y preeclampsia), e infantil, los hijos de las madres adolescentes entre 12 y 19 años, tienen un mayor riesgo de registrar bajo peso al nacer, así como una mayor incidencia de muerte súbita), en muchos casos las condiciones inadecuadas de higiene que ponen en riesgo la salud e incluso la vida de la adolescente, sobre todo si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, además es posibles que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

El presente trabajo consta de dos capítulos. El primero esta integrado por el marco teórico donde se describe el modelo de Virginia Henderson en el cual se basaron los cuidados, también se describe el Proceso Atención de Enfermería, la Anatomía y los cambios que se presentan durante el puerperio.

En el segundo capitulo se describe la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, se inicia con la Presentación del Caso, posteriormente se detalla la Valoración de enfermería con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson, se presentan los Diagnósticos encontrados, y el Plan de cuidados para este caso, así como su Ejecución, y por último la Evaluación de la aplicación del proceso.

Se cierra este trabajo con las conclusiones y sugerencias.

OBJETIVO GENERAL.

- ❑ Obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia a través de la presentación de un Proceso Atención de Enfermería.
- ❑ Aplicación del Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson para identificar las necesidades de dependencia en la persona, y maximizar la calidad de atención a través de los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❑ Identificar los problemas de salud de la persona para construir los diagnósticos de enfermería.
- ❑ Definir las intervenciones de enfermería en un plan de atención dirigidas a proporcionar un cuidado holístico.
- ❑ Aplicar las intervenciones específicas para ayudar a la persona a mantener su auto cuidado.
- ❑ Valorar el potencial de la persona para satisfacer sus necesidades dirigidas a su estado de salud

JUSTIFICACIÓN

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería a una adolescente de 19 años de edad en etapa de puerperio tardío, permitió brindarle atención de calidad a través del cumplimiento de cada una de sus etapas, se planearon y ejecutaron los cuidados necesarios para mantener la salud; se le proporciono orientación y educación para la salud promoviendo el autocuidado de su persona y estimulando su participación en la adquisición de conocimientos para desempeñar su nuevo rol de padres lo cual les permita a ella y su pareja sentirse satisfechos.

METODOLOGIA DE TRABAJO.

Este trabajo se realizo en la comunidad de Cuautitlan Estado de México durante las prácticas del octavo semestre, en el hospital Vicente Villada en el área del Ginecología. Primero, se llevo a cabo la identificación del caso y el estudio del mismo considerando las necesidades no resueltas por la usuaria, posteriormente, en la etapa de valoración del proceso se entrevisto a la señora en la unidad de ginecología aplicando el instrumento de valoración basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, también en esta etapa se llevo a cabo la exploración física de manera céfalo-caudal, toda la información obtenida ayudo a identificar las necesidades no resueltas por la señora, esto nos permite pasar a la segunda etapa del proceso la de diagnostico, en el cual se construyeron los diagnósticos de enfermería a través del formato PES partiendo de la información obtenida durante la valoración, estos diagnósticos pueden ser reales o potenciales o de riesgo, una vez identificados se plantearon los cuidados de Enfermería y se ejecutaron en el domicilio de la señora debido a que se le dio de alta del hospital. Se recurrió a la investigación bibliografía para fundamentar las intervenciones de enfermería; esto se realizo en la etapa de planeación. Una vez planteados los cuidados de enfermería se continuó con la etapa de ejecución y al mismo tiempo se evaluaron los resultados obtenidos de las intervenciones y de la información proporcionada con la ayuda de material didáctico, en la educación para la salud. Posteriormente, se realizaron varias visitas en su domicilio para seguir evaluando el cumplimiento de los objetivos planteados. Finalmente se elaboro el trabajo por escrito en el cual se presentan los resultados obtenidos, así como las sugerencias propuestas por la pasante, y la bibliografía consultada.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO.

1.1 Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Su teoría de la enfermería, incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería.¹

Este modelo permite:

Utilizar una terminología fácil de comprender para describir los conceptos, expresando ideas profundas y complejas de manera sencilla.

Es un modelo abierto, dando lugar a la posibilidad de adaptación a diversas situaciones culturales y del entorno, así como la adaptación a los diversos entornos de cuidados (Asistencia Especializada y Asistencia Primaria).

Incluye como parte de la actuación de la enfermería el papel de colaboración con otros profesionales sanitarios.

Tiene un concepto de persona como un todo, compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí.

Para este modelo la persona tiene un potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de capacidad para ocuparse de sus cuidados.

Afirma que la persona/familia, es precursora de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. La salud deja de ser algo externo, dado por el sistema sanitario, pasando a ser un deber personal y colectivo.

¹ Conesa Hernández J., Fundamentos de Enfermería Teorías y Métodos, Pág. 57-58.

Concibe el rol de la Enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas; es un modelo basado en la suplencia o ayuda.

Función propia de la enfermería.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible.

Salud: Es el máximo grado de independencia teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida, necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y a nivel fisiológico. La salud es la independencia.²

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía: Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Dependencia: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

Entorno: Todas las condiciones externas de carácter dinámico que influye en la vida y el desarrollo de la persona.

² Conesa Hernández J., Op cit.; Pág. 57-58

Persona: Es un ser integral, bio-psico-social, es decir, que la persona es una estructura biológica, además de psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral y tiende a la independencia en la satisfacción de las catorce necesidades.

Rol del personal: Suple o ayuda a la persona a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperar esta o a morir en paz.

Cuidados de enfermería: Son las actividades que realiza el enfermero para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Por tanto los componentes de cuidados de enfermería son las 14 necesidades básicas que abarcan todas las posibles funciones del rol enfermero.

Necesidades:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar /participar en actividades recreativas.

14. Necesidad de Aprendizaje.

Usuario del servicio: Persona, familia o comunidad que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas.

La teoría de Virginia Hernderson ayuda a adquirir nuevos conocimientos que permiten perfeccionar las practicas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos, además la teoría permite a los profesionales la autonomía en sus acciones como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales, además de contar con modelos es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física, los modelos simbólicos, que pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos, se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos.³

Podemos decir que el fin primordial de la enfermería es prestar cuidados enfermeros, fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a nuestros usuarios y sus cuidadores. Esto hace necesario la adopción de un modelo acorde con nuestra realidad, que favorezca y garantice la continuidad asistencial y ayude a conseguir al usuario la máxima independencia a través del plan de cuidados y del diagnóstico enfermero.

1.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS:

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, como todo método, el Proceso Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.⁴

³ Conesa Hernández J., Op cit.; Pág. 57-58

⁴ Kozier, Erb, Olivieri, Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica, pp180-204

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

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesión.⁵

⁵ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

Las características del Proceso Enfermero:

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

1.2.1 Etapa de Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: Estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.⁶

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar, datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente, factores que contribuyen en los problemas de salud.

⁶ kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág. 184-261.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones - (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado:

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.⁷

⁷ kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág. 184-261.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos Históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.), nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos.

A) Entrevista Clínica.

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.⁸

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

⁸ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

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

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

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre:

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria, comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas, existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.⁹

Cierre: Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos, también constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas verbales:

⁹ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales.
- La forma de estar y la posición corporal.
- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador, empatía, calidez, concreción, y respeto.

B) La observación:

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa

práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.¹⁰

C) La exploración física:

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

Exploración física se centra en determinar con profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.¹¹

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Percusión: Implica dar golpecitos con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mates; aparecen sobre el hígado y el bazo, hipersonoros; aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y, timpánicos; se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

¹⁰ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

¹¹ Ibidem.

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

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico, desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Validación de datos.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos), se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.¹²

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

Organización de los datos.

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

¹² Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

1.2.2 Etapa de diagnóstico.

Es el juicio conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería, los diagnósticos pueden ser de carácter; real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, en ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.¹³

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:¹⁴

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

¹³ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

¹⁴ Ibidem.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.).

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.¹⁵ Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos

¹⁵ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.¹⁶

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:

F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): Shock, anorexia nerviosa

F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.¹⁷

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición de las características que lo definen y factores relacionados, el término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES:

¹⁶ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp 180-204

¹⁷ Ibidem.

problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, y consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.¹⁸

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

¹⁸ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

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

1.2.3 Planificación de los cuidados de enfermería.

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.¹⁹

Etapas en el Plan de Cuidados:

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por lo tanto tratados, éstos

¹⁹ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.²⁰

Planteamiento de los objetivos:

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

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

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

Normas generales para la descripción de objetivos,

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

²⁰ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

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

Existen dos tipos de objetivos:

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

Objetivos de Enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

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

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.²¹ Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de

²¹ Ibidem.

urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.²²

- Mediano plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 1. Abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 2. El otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente/ paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente.²³

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.

²² Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

²³ Ibidem.

- Deben ser mensurables, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.²⁴

Las características de las actuaciones de enfermería son las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

²⁴ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

– Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.²⁵

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados.

²⁵ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

- La comunicación.
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

1.2.4 Etapa de Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.²⁶

²⁶ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pp180-204

1.2.4 Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios²⁷.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son; la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

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

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

²⁷ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.²⁸

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

I.3 Anatomía y fisiología.

1.3.1 Anatomía de Aparato Reproductivo Femenino.

Las mamas son glándulas que están preparadas para producir leche, con el contenido exacto de nutrientes necesarios para los primeros meses de vida del ser humano, todos estos órganos están inmaduros para la reproducción hasta la pubertad.

Las glándulas mamarias son glándulas especializadas de la piel que se han desarrollado en los mamíferos para proporcionar nutrientes a su descendencia son formaciones tubuloalveolares compuestas, constituidas por entre 15 y 20 lobulillos drenados por un número similar de conductos galactóforos que se abren en el extremo del pezón (papila mamaria) bajo la areola, los conductos galactóforos se concentran dilatados formando el seno lactífero en el que se puede acumular en la glándula activa.

Su actividad depende del control hormonal ejercido por la hipófisis y la placenta durante el embarazo y el estímulo de la succión del recién nacido luego del parto, la primera secreción es el calostro, con propiedades laxantes especiales y que brinda inmunidad pasiva al recién nacido por su contenido de anticuerpos.

Los órganos femeninos de la reproducción se clasifican según su ubicación como externo e internos. Los genitales externos y la vagina cumplen una función sexual, los internos son los encargados de la reproducción de los ovocitos, y también en

²⁸ Kozier, Erb, Olivieri, Op cit.; pág180-204

ellos se da la fecundación, la implantación del embrión y el desarrollo del feto hasta su nacimiento.²⁹

Los genitales externos son los órganos de la reproducción que están en contacto con el medio exterior, comprenden desde el monte de Venus hasta el perineo, el monte de Venus es una región rica en tejido adiposo, en la mujer adulta la piel de esta zona se encuentra cubierta por vello. La vulva esta formada por los labios mayores son dos repliegues de piel con tejido graso subyacente y cubierto externamente por vello.

Los labios mayores están por dentro, delimitando el vestíbulo, el clítoris se halla en la parte anterior, en la unión de los labios menores; tiene la capacidad eréctil y posee gran sensibilidad.

La región vestibular contiene el meato uretral, el orificio de la vagina, el himen que recubre parcialmente a esta última, en el vestíbulo desembocan las glándulas de Skene y de Bartolini.

Los músculos del perineo tienen la función de sostener los órganos pelvianos, principalmente el útero y la vejiga; conforman el tejido blando del canal de parto, el diafragma pelviano, es una masa muscular relativamente circular, superficial, conformada por los músculos elevadores del ano y los músculos coccígeos, estos se unen a los huesos de la pelvis en la periferia y forman los esfínteres de la vagina y el recto en la línea media.³⁰

En un plano mas profundo se encuentra el diafragma urogenital, que esta conformado por los músculos transversos profundos del perineo y el constrictor de la uretra, el espacio entre la el ano y la vagina está reforzada por músculos bulbo cavernosos, los transversos del perineo y el esfínter externo del ano, estos músculos pueden desgarrarse durante el trabajo de parto, hecho que puede prevenirse mediante el procedimiento quirúrgico denominado episiotomía.

²⁹ Lépori Luis Raúl, Gestación. MiniAtlas. pp 12-36

³⁰ *Ibidem*.

Los huesos pelvianos son los que forman el canal óseo del parto, en la región posterior, la pelvis está formada por el sacro y el cóccix (últimos huesos de la columna vertebral), hacia los laterales y la zona anterior por dos huesos coxales, cada coxal a su vez es la fusión de ilion e isquion y el pubis, los huesos del pubis se articulan en la región anterior, en la línea media, por la sínfisis del pubiana, esta unión se abre en el momento del parto, los coxales se articulan por detrás del hueso sacro.

Los ovarios son órganos que tienen una doble función, endocrina y reproductiva, son los encargados de la producción de los gametos femeninos, denominados ovocitos, y están especializadas en la producción de las hormonas femeninas, estrógenos y progestágenos.³¹

Los ovarios pesan entre 4 y 8 gramos, tienen la forma redondeada, achatada, y son de color blanco grisáceo, se sitúan a ambos del útero, unidos por el ligamento úteroovárico, y muy cercanos al extremo distal de las trompas de Falopio, en su interior se encuentran folículos ováricos, considerados como la unidad funcional del ovario, de manera cíclica los folículos son estimulados por hormonas hipofisarias para su maduración final a folículo de Graaf, en el momento de la ovulación, el ovocito se encuentra muy cercano a la pared del ovario, esta pared se rompe y libera en las trompas el gameto maduro rodeado de un cúmulo de células foliculares; el resto de las células foliculares que quedan en el ovario forman el cuerpo amarillo, los folículos producen principalmente los estrógenos, y el cuerpo amarillo mayormente progesterona.

Los órganos encargados del transporte de los ovocitos y de los espermatozoides son las trompas de Falopio; éstas se encuentran a cada lado del útero y comunican el espacio peritoneal con la luz del útero, en el tercio distal de las trompas de Falopio tiene lugar el encuentro de los gametos y la fecundación.

³¹ Lépori Luis Raúl, Op cit.:, pp. 12-36

El útero es un órgano adaptado para anidar el producto de la fecundación, para ello tiene la capacidad de variar su histoarquitectura según los estímulos hormonales que recibe desde los ovarios o desde el propio embrión, en el caso de que haya ocurrido la fecundación.

El útero esta ubicado entre la vejiga y el recto, su pared anterior es casi recta en tanto la parte posterior es curva y esta cubierta por el peritoneo, por detrás del útero el peritoneo cubre todos los órganos del abdomen, forma el fondo de saco de Douglas, las paredes anterior y posterior de la vagina están en contacto dejando solo un pequeño espacio en los laterales, este órgano tiene una gran capacidad de distensión; permite la entrada del pene durante el coito y la expulsión del feto durante el parto, por detrás del útero, la vagina forma un repliegue denominado fondo de saco vaginal; los espermatozoides depositados durante la copula acceden al cuello uterino por el movimiento de sus flagelos.

El útero es un órgano hueco, ovoide y pequeño, conformado principalmente por músculo liso -el miometrio- y revestido internamente por el endometrio, en el se distingue un epitelio simple que forma las glándulas endometriales, y un tejido conectivo profusamente irrigado; a su vez se conforma de una capa basal perenne y una capa funcional que se descama cada 28 días, la región superior de la inserción de las trompas de Falopio constituye el fondo uterino, sitio en el que normalmente se da la implantación del embrión, el cuello es la región inferior del útero, la inserción vaginal lo regionaliza en una porción supravaginal, y otra intravaginal u hocico de tenca, que se puede observar en el examen ginecológico.³²

El cuello uterino es la porción final del útero; mide unos pocos milímetros de longitud y consta de dos orificios, uno interno hacia la luz del útero y otro externo hacia la vagina, este orificio presenta modificaciones en el transcurso de la vida fértil de la mujer; en mujeres nulíparas es ovalado, y pequeño, se transforma en una hendidura transversal e incluso puede tener forma estrellada debido a

³² Lépori Luis Raúl, Op cit.:. pp. 12-36

desgarros producidos durante el parto, es muy abundante en colágeno, responsable de su gran elasticidad y solo el 10% de su estructura es muscular, el epitelio de revestimiento tiene gran cantidad de glándulas que forma el hocico de tenca, que presenta un epitelio similar al de la vagina.

La vagina es una estructura tubular músculo membranosa que comunica la vulva con el cuello uterino su pared anterior mide entre 6 y 8 cm. y su pared posterior tiene una longitud de entre 7 y 10 cm., esta ubicada entre la vejiga y la uretra por delante y el recto por detrás, su extremo superior ensanchado se conforma de los fondos del saco anterior, posterior y laterales que rodean el cuello uterino, en la mujeres nulíparas, su superficie interna es rugosa, a expensas de rebordes longitudinales y transversales que se proyectan hacia la luz, esta características varían en las mujeres posmenopáusicas o en las multíparas, que pierden estos pliegues, la vagina se encuentra colonizada por bacterias y hongos, los que conforman su flora normal.³³

Luego de la ovulación y hasta el día 28 del ciclo se establece la fase secretoria, que esta caracterizada por la vaculización glandular y el aumento de la secreción de las glándulas endometriales, se produce a expensas del estímulo ejercido por la progesterona producida por el cuerpo luteo, la etapa menstrual es consecuencia de la disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, consiste en la eliminación de toda la capa funcional en el ciclo siguiente, si ocurre la fecundación, entonces se mantiene el cuerpo lúteo y el endometrio sigue en la fase secretoria.

I.3.2 CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO.

Al embarazo se le ha considerado como una función biológica que genera una serie de modificaciones fisiológicas en diversos sistemas del organismo, que pueden poner de relieve alteraciones patológicas de un sistema u órgano.

³³ Lépori Luis Raúl, Op cit.:. pp. 12-36

Hormonas en el embarazo.

Durante los primeros tres a cuatro, meses de embarazo, el cuerpo lúteo continúa la secreción de progesterona y estrógenos, hormonas que mantienen el revestimiento uterino en embarazadas y preparan las glándulas mamarias para la secreción de leche, sin embargo, las cantidades de tal secreción son apenas levemente mayores que las producidas después de la ovulación en ciclos menstruales normales.

Desde el tercer mes hasta el fin del embarazo, la placenta se encarga de producir los niveles altos necesarios de dichas hormonas, el corion placentario secreta la gonadotropina coriónica humana (GCh) en la sangre. A su vez, esta hormona estimula el cuerpo lúteo a fin de mantener la producción de progesterona y estrógenos, necesarios para evitar la menstruación y para que el embrión y feto continúen implantados en el revestimiento uterino.

Hacia el octavo día después de la fecundación, la GCh es detectable en la sangre de la embarazada, su nivel máximo de secreción ocurre hacia la novena semana de embarazo, disminuyendo abruptamente durante el cuarto y quinto mes y luego se estabiliza hasta el parto, el corion placentario inicia la secreción de estrógenos luego de la primeras tres o cuatro semanas de embarazo, y el de progesterona hacia la sexta semana. Estas hormonas se secretan en cantidades crecientes hasta el momento del parto, hacia el cuarto mes, cuando la placenta está desarrollada plenamente, la secreción de GCh ha disminuido mucho porque ya no son indispensables las hormonas del cuerpo lúteo. Así pues, desde el tercero hasta el noveno mes, la placenta proporciona las concentraciones de estrógenos y progesterona necesarias para que continúe el embarazo. Un alto nivel de progesterona garantiza que el miometrio este relajado, y el cérvix, contraído. Después del parto, los estrógenos y la progesterona en la sangre disminuyen hasta llegar a los valores normales en mujeres no embarazadas.³⁴

³⁴ Tortora Gerard, J. y Reynolds Grabowski, Sandra, Principios de Anatomía y Fisiología, pp. 10461050

La relaxina, hormona que se produce primero en el cuerpo lúteo del ovario y luego en la placenta, aumenta la flexibilidad de la sínfisis del pubis y de los ligamentos de las articulaciones sacroilíacas y la sacrococcígeas, además de que ayuda a dilatar el cuello uterino durante el parto, efecto que facilitan el nacimiento del bebé.

Una tercera hormona que produce el corion placentario es la somatomamotropina coriónica humana (SCh), también llamada lactógeno placentario humano (LPh). Su secreción se incrementa en proporción a la masa placentaria y es sucesivo. Se piensa que prepara las glándulas mamarias para la lactación, mejora el crecimiento de la placenta, aumenta la síntesis de proteínas y regula ciertos aspectos del metabolismo materno fetal por ejemplo, hace que disminuya el uso de glucosa en la madre, con lo cual es mayor su disponibilidad para el feto. Por añadidura, la SCh promueve la liberación de ácidos grasos del tejido adiposo, los cuales constituyen una alternativa respecto de la glucosa para la producción materna de ATP.³⁵

La hormona de la cual se descubrió más recientemente su producción placentaria es la Hormona Liberadora de Corticotropina (HLC), que en mujeres no embarazadas y hombres secretan únicamente las células neurosecretoras hipotalámicas. Hoy, se piensa que la HLC es el “reloj” del que depende el momento del parto. Su secreción placentaria se inicia hacia la duodécima semana y aumenta muchísimo al final del embarazo. Las mujeres con niveles más altos de HLC en etapa más temprana del embarazo tienen mayores probabilidades de parto prematuro, y las que tienen concentraciones bajas, mayores probabilidades de parto después de la fecha calculada. Esta hormona placentaria provoca un segundo efecto de importancia, aumento de la secreción de cortisol, necesarios para la maduración de los pulmones fetales y la producción de surfactante.

³⁵ Tortora Gerard, J. Y Reynolds Grabowski Sandra. Op cit.; pp. 1046-1050

Adaptación materna al embarazo:

Hacia el final del tercer mes de embarazo, el útero ocupa gran parte de la cavidad pélvica, y a medida que continúa el crecimiento fetal, dicha víscera se extiende cada vez más arriba en la cavidad abdominal, hacia el final de un embarazo a termino, llena casi por completo el abdomen y su extremo superior se ubica arriba del borde costal, cerca de la apófisis xifoides de esternón el útero desplaza hacia arriba los intestinos, hígado y estomago materno, eleva el diafragma y ensancha la cavidad torácica, la presión que ejerce en el estomago puede forzar el paso del contenido gástrico en dirección superior, al esófago, lo que produce pirosis, en la cavidad pélvica, es posible la compresión de los uréteres y la vejiga.

Además de los cambios anatómicos propios del embarazo, este también induce otros fisiológicos lo que incluye el aumento del agua corporal total; mayores reservas de proteínas, triglicéridos y minerales; crecimiento mamario considerable como preparativo para la lactación, y dorsalgia baja a causa de la lordosis.

Los cambios del sistema cardiovascular materno comprenden aumento del volumen sistólico en 30%; del gasto cardiaco en 20 a 30% como resultado del mayor flujo de sangre materna a la placenta y el incremento del metabolismo; de la frecuencia cardiaca en 10 a 15% y de la volemia en 30% a 50%, principalmente durante la segunda mitad del embarazo, estos incrementos son necesarios para satisfacer las necesidades adicionales del nutrimento y oxígeno del feto. Cuando la embarazada se acuesta boca arriba el útero agrandado suele comprimir la aorta lo que reduce el flujo sanguíneo uterino. La compresión de la vena cava inferior también disminuye el retorno venoso, con lo que surge edema en las extremidades inferiores, posiblemente acompañado de venas varicosas. La compresión de la arteria es posible origen de hipertensión arterial.³⁶

³⁶ Tortora Gerard, J. Y Reynolds Grabowski Sandra. Op cit.; pp. 1046-1050

La función pulmonar también se modifica durante el embarazo para satisfacer las necesidades de oxígeno adicionales del feto. El volumen corriente puede incrementarse hasta en 30 a 40%; el de reserva espiratoria puede reducirse hasta en un 40%; la capacidad residual funcional disminuye hasta en 25%; la ventilación minuto (volumen total de aire inhalado y exhalado en cada minuto) aumenta hasta en 40%; la resistencia de las vías respiratorias en el árbol traqueo bronquial aminora en 30 a 40% y el consumo corporal total de oxígeno se incrementa en 10 a 20%. También ocurre disnea o dificultad para respirar.³⁷

En lo referente al aparato digestivo, las embarazadas presentan aumento del apetito, si bien la disminución generalizada de la motilidad gastrointestinal puede producir estreñimiento y mayor tiempo de vaciado gástrico. Asimismo, son posibles la náusea, el vómito y pirosis.

La presión que el útero grávido ejerce sobre la vejiga puede causar síntomas urinarios, como el aumento de la frecuencia de la micción y su carácter urge, así como la incontinencia de esfuerzo. La capacidad de filtrado de los riñones se incrementa al hacerlo el flujo plasmático renal permite la eliminación más rápida de los desechos adicionales que produce el feto.

Los cambios de la piel durante el embarazo son más evidentes en algunas mujeres que en otras. Ello comprende aumento de la pigmentación alrededor de los ojos y pómulos en forma de máscara (cloasma), en las areolas de las glándulas mamarias y en la línea alba de la porción inferior del abdomen (línea morena). Surgen estrías en el abdomen conforme aumenta el tamaño del útero y también se incrementa la caída del cabello.

Los cambios del aparato reproductor abarcan edema y mayor vascularidad de la vulva, así como flexibilidad y vascularidad vaginales incrementadas. El útero pasa de su masa en el estado no grávido de 60 a 80 g hasta 900 a 1,200 g al término del embarazo, como resultado de hiperplasia de las fibras del miometrio a

³⁷ Tortora Gerard, J. Y Reynolds Grabowski Sandra. Op cit.; pp. 1046-1050

comienzos del embarazo mismo y de hipertrofia de esas mismas fibras en el segundo y tercer trimestre.³⁸

1.4. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES DURANTE EL PUERPERIO.

El puerperio (*puer*, niño, y *parere*, producir) es el tiempo durante el cual el cuerpo de la mujer se adapta tanto física como psicológicamente al proceso del nacimiento.

Empieza después del parto y continua durante cerca de seis semanas o hasta que el cuerpo terminó su adaptación y regreso a un estado cercano previo al embarazo.

Clasificación:

- *Puerperio inmediato*: Las primeras 24 horas
- *Puerperio temprano*: Abarca hasta la primera semana después del parto
- *Puerperio tardío*: Incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales, abarca hasta la sexta semana después del parto

Cambios psicológicos y fisiológicos durante el puerperio.

Los rápidos cambios fisiológicos y psicológicos comienzan después del nacimiento y continúan durante cerca de seis semanas más. Las primeras una o dos horas posteriores al parto a veces se conocen como cuarta parte del trabajo de parto este periodo se considera peligroso para la mujer por los riesgos de hemorragia y de choque hipovolémico por lo cual se observa a la paciente en una sala de recuperación.³⁹

³⁸ Tortora Gerard, J. Y Reynolds Grabowski Sandra. Op cit.; pp. 1046-1050

³⁹ Aukamp, Virginia, Planes de Cuidados de Enfermería Materno Infantil, Pág.245-256.

Después del peligro inicial de hemorragia y choque, el riesgo principal durante el puerperio es la infección, la valoración, intervención y vigilancia de la enfermera durante este periodo se dirigen a prevenir o reducir la hemorragia y la infección, además, promueve los procesos naturales de restauración fisiológica y psicológica de la madre.

Cambios físicos:

Involución del útero: Inmediatamente después del parto, el sitio de la implantación de la placenta tiene un diámetro de 8 a 9 cm. con senos venosos abiertos, las contracciones de los vasos uterinos actúan como ligaduras vivientes y comprimen los vasos sanguíneos, lo cual controla y reduce la pérdida de sangre, un proceso de curación singular denominado expoliación permite que el sitio de implantación placentaria se repare sin formación de cicatrices, dejando la superficie lisa de tejido endometrial.

Después del nacimiento el útero se reduce en tamaño y peso, enseguida del parto pesa aproximadamente 1,000 g; luego disminuye a 500 g durante la primera semana y a 320 g a las dos semanas, la velocidad de la disminución varía según el tamaño del niño y el número de embarazos previos.

La causa principal de la involución es la supresión súbita de estrógeno y progesterona, que desencadenan la liberación de enzimas proteolíticas en el endometrio, esta liberación hace que los materiales proteínicos del interior de las células endometriales se desdoblén, formando sustancias que pueden secretarse en la orina.⁴⁰

⁴⁰ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256

Cambios en la posición del fondo: La localización y consistencia del fondo constituyen referencias importantes para la enfermera, inmediatamente después del parto, el fondo está situado unos 2 cm. por debajo del ombligo, a la palpación externa de la pared abdominal, el útero se siente como del tamaño de un toronja grande y va disminuyendo de tamaño, debe ser de consistencia firme; de doce a 24 horas después del parto, frecuentemente la altura del fondo se eleva a 1 cm. por encima del ombligo, cada día del puerperio, el útero debe descender cerca de 1 cm. o el ancho de un dedo, a finales de la primera semana es palpable a nivel de pubis, normalmente después de 10 días, el útero ya no puede palparse, si el útero está más arriba de lo esperado y desviado debe sospecharse la presencia de distensión de la vejiga.

Si la madre amamanta, la succión induce la liberación de oxitocina lo cual apresura la involución uterina.

Contracciones uterinas:

Entuertos:

Una mujer siente contracciones uterinas durante los primeros días del puerperio, en las primíparas el útero permanece generalmente en un estado de contracción tónica, a menos que queden fragmentos placentarios en el útero, en las multíparas generalmente de ordinario el útero ha perdido parte del tono muscular, por lo tanto, se relaja y contrae en lugar de mantener contracción sostenida.⁴¹

Las contracciones se sienten como cólicos muy intensos, llamados entuertos, la liberación de oxitocina al amamantar estimula la contracción uterina; por lo tanto frecuentemente sufre los entuertos cuando amamanta a su hijo.

Loquios:

Secreciones vaginales:

⁴¹ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256

Las secreciones vaginales posteriores al parto se llaman loquios, contienen sangre del sitio placentario, partículas de la decidua necrótica y moco, se producen cambios en el color y cantidad de los loquios conforme avanza el proceso de reparación del sitio de implantación de la placenta, los colores se indican por las palabras latinas rubra para rojo brillante, serosa para rosado a parduzco y alba para un color cremoso blanco.

Los colores rubra duran cerca de tres días y los serosa continúan por aproximadamente 9 días, los loquios alba se observan cerca de dos semanas más.⁴²

El olor de los loquios es característicamente carnososo o rancio, un olor desagradable y fétido indica infección, la presencia continua de loquios rubra o la recurrencia de la secreción vaginal rojo brillante indica la posibilidad de que se hayan retenido fragmentos placentarios.

Vagina y perineo:

La vagina frecuentemente tiene un aspecto edematoso y amoratado, y su abertura exterior a menudo se abre cuando aumenta la presión intraabdominal, como toser.

Hacia la tercera semana del puerperio, la vagina recupera el aspecto que tenía antes del embarazo, pero con cierta relajación del tejido. Los músculos del piso pélvico se han sometido a un estiramiento exagerado y están débiles. El aspecto del perineo varía mucho según el tipo y longitud de la episiotomía o la presencia del desgarro.

Signos vitales:

Temperatura:

⁴² Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

Es posible que la temperatura de la mujer durante las primeras 24 horas posteriores al parto, se eleve a 38°C, a consecuencia de los efectos deshidratantes del trabajo de parto. Después de las 24 horas, la madre no debe tener fiebre y si la temperatura es mayor de 38°C, es muy probable que se deba a una infección, el incremento de la temperatura en dos ocasiones durante los primeros 10 días del puerperio se conoce como fiebre puerperal, la ingurgitación de las mamas produce elevación transitoria de la temperatura en el segundo y tercer día del puerperio.

Pulso:

Por lo común, la frecuencia cardiaca disminuye hasta 50 a 70 latidos por minuto durante los primeros seis a ocho días del puerperio. El descenso de la frecuencia cardiaca se atribuye a una reducción del volumen sanguíneo, una elevación de la frecuencia cardiaca puede indicar pérdida excesiva de sangre, infección, dolor, ansiedad o enfermedad cardiaca.

Tensión arterial:

Debe permanecer inalterable en la mujer, su descenso puede indicar aumento de la hemorragia uterina, la elevación de la tensión arterial, sobre todo cuando se acompaña de cefalea, indica hipertensión inducida por la gestación, por lo cual deberá ser valorada.

Escalofrío puerperal:

Es común que la mujer presente escalofríos súbitos inmediatamente después del parto quizás debidos a una respuesta nerviosa vasomotora y no al enfriamiento del medio ambiente de la sala de expulsión o de recuperación, Sino se presentan acompañados por elevación de la temperatura corporal, no tiene importancia clínica, se debe cubrir a la paciente con una sabana y explicarle que se trata de

una sensación normal después del parto, la presencia de escalofríos y fiebre al cabo de 24 horas indica infección, por lo cual se deberá estudiar a la paciente.⁴³

Diaforesis puerperal:

La diaforesis puerperal es común tanto en el día como en la noche, así el cuerpo materno elimina el exceso de líquido acumulado durante la gestación, se sugiere informar con anticipación a la madre las manifestaciones clínicas que presentara para así aminorar su angustia.

Músculos abdominales:

Los músculos abdominales se distienden considerablemente durante el embarazo y pierden gran parte de su tono, los ejercicios realizados en forma gradual pero constante, ayudan a restablecer el tono y fuerza muscular, las estrías de la piel adquieren gradualmente un aspecto más nacarado, pero no desaparecen del tono.

- Cambios de los aparatos y sistemas del organismo:

Aparato circulatorio:

En el puerperio, el volumen sanguíneo puede alterarse por la pérdida de sangre, que se manifiesta por una reducción inmediata de este, además, hay movilización y excreción de líquido extravascular. Durante las primeras 72 horas, el volumen plasmático disminuye más que los componentes celulares de la sangre, por lo tanto en el puerperio inmediato puede haber un aumento ligero en el valor del hematocrito. Los valores sanguíneos de laboratorio deben ser iguales a los valores previos al embarazo dentro de la primera semana posterior al parto.

El aumento en las concentraciones hormonales durante el embarazo activa los factores de coagulación de la sangre, el efecto persiste durante el puerperio, esta alteración sumada a una disminución en la actividad, posibles traumatismos e

⁴³ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

infección, predispone a la mujer a enfermedades tromboembólicas, con el objeto de disminuir este riesgo, es esencial la ambulación frecuente en los primeros días después del parto.⁴⁴

Las varices que se han desarrollado durante el embarazo generalmente mejoran durante el puerperio, debido a una disminución en la estasis venosa causada por la compresión del útero grávido, además disminuye la progesterona, que durante el embarazo origina una disminución en el tono del músculo liso.

Aparato urinario:

Durante las primeras 24 horas después del parto puede apreciarse diuresis, la cual puede durar hasta cinco días, en el principio del puerperio, la orina puede ser abundante: el volumen urinario inmediato es de 1,500 a 2,500ml. En las primeras seis horas, algunas manifestaciones de infección de vías urinarias son dolor (del ángulo costovertebral), fiebre, retención urinaria o disuria.

Después del parto es común la retención urinaria porque hay edema y contusión de la vejiga, otras causas de retención son disminución de la sensibilidad a la distensión producida por el líquido acumulado cuando la vejiga está llena, edema y contusión de los tejidos cercanos al meato uretral, reducción de la sensibilidad por efecto de la anestesia e imposibilidad para orinar estando acostada.

Aparato digestivo:

La mujer suele tener hambre y sed después del nacimiento de su hijo, frecuentemente puede disfrutar de una comida ligera después del parto, si no hay síntomas de náusea, el estreñimiento posparto es común debido a la torpeza de los intestinos causada por la disminución de la movilidad gastrointestinal, otras causas del estreñimiento son los efectos de analgésicos y anestésicos administrados durante el trabajo de parto, relajación de los músculos abdominales, disminución la ingestión de alimentos sólidos, aplicación de enema

⁴⁴ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

durante el trabajo de parto, deshidratación y dolor perineal, con frecuencia, las hemorroides duelen mucho durante la segunda etapa del trabajo de parto.⁴⁵

Sistema endocrino:

Durante el embarazo la placenta produce hormonas, por tal razón antes del nacimiento, la mujer tiene concentraciones elevadas de progesterona, estrógenos, gonadotropina coriónica humana y lactógeno placentario humano (hPL), estas hormonas estimulan el desarrollo de los componentes productores de leche de las mamas. Después del nacimiento, los niveles de estas hormonas disminuyen considerablemente con su disminución aumenta el nivel de prolactina, este cambio permite que se produzcan dos hechos importantes:

- 1) Se inicia la lactación y
- 2) Se restablece la función cíclica menstrual.

Retorno de la menstruación.

La mayoría de las mujeres que no amamantan a sus niños menstruarán de cuatro a seis semanas después del nacimiento, en cambio en las madres que amamantan varía; algunas no menstrúan durante todo el tiempo que alimentan a sus hijos, la frecuencia y duración de la estimulación producida por la succión, la cantidad de leche extraída de las mamas y la cantidad de formula suplementaria que recibe el niño, son todos factores que influyen en el reinicio de la menstruación, el primer menstruado suele ser más abundante y a menudo anovulatorio, no obstante, es posible que la mujer ovule y se embarace antes de su primer periodo menstrual.⁴⁶

⁴⁵ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

⁴⁶ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

Proceso de lactancia.

La lactancia es el resultado final de la interacción entre varios factores, como son el desarrollo de tejido mamario, sobre todo por la influencia de diversas hormonas, además el hPL estimula a las células alveolares para que inicien la lactogenia por lo cual al final del embarazo, la madre secreta una sustancia parecida a la leche ordinaria de color amarillo, conocida como calostro, después del parto, los estrógenos, progesterona, hPL e inhibidores de la secreción de la prolactina; esta hormona junto con la succión estimulan la producción de leche.

Al iniciar la lactancia el estímulo más importante para conservar la producción de leche es la succión, el amamantamiento del niño estimula la secreción hipofisiaria de prolactina y oxitócina.

Al tercer día del puerperio, el efecto de la prolactina en el tejido mamario es evidente y las mamas se ingurgitan por la dilatación de los vasos sanguíneos y linfáticos, los senos se distienden y se vuelven firmes, calientes y sensibles.

El calostro.

El niño se beneficia si se le amamanta desde el principio, esto permite que reciba el calostro y estimula las mamas para que formen leche, el calostro proporciona al niño inmunidad pasiva por su contenido muy elevado de inmunoglobulina (Ig) G e IgA, se sabe que este tipo de secreción de anticuerpo protege al recién nacido de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, esta inmunidad es importante ya que los anticuerpos protegen contra *Escherchia coli*, bacteria a la cual regularmente esta expuesto el recién nacido y contra la cual tiene poca o ninguna inmunidad. El calostro también tiene un contenido elevado de proteínas.⁴⁷

El efecto de los medicamentos ingeridos durante la lactancia pueden pasar al neonato por vía de la leche materna, algunos fármacos pueden inhibir la lactación;

⁴⁷ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

otros pueden afectar los procesos fisiológicos del niño, debe recomendarse a la madre que indique al médico los medicamentos que está tomando.

Cuando la mujer no desea amamantar a su hijo o el amamantamiento está contraindicado, la lactación puede suprimirse con medicamentos o interrumpiendo la succión y los estímulos mecánicos, los senos se volverán distendidos, firmes y sensibles, pero después de 48 a 72 horas, la lactación y las molestias cesarán.

Perdida de peso.

Inmediatamente después del parto, el peso corporal de la madre disminuye entre 4.5 y 5.5 kg., esta pérdida está constituida por el peso del niño, la placenta y el líquido amniótico, mientras dura el puerperio inicial se pierden 2.3 kg. más por la diuresis y la diaforesis, durante el embarazo, el organismo materno almacena de 2.3 a 3.2 kg. de grasa para las necesidades de la lactación, las madres que amamantan a sus hijos perderán gradualmente estas reservas de grasa durante los primeros cinco a seis meses y frecuentemente recuperarán el peso que tenían antes del embarazo, la mujer que no amamanta a su hijo tiende a retener parte del peso ganado durante la gravidez.⁴⁸

Ejercicios posparto.

La autorización para realizar ejercicio depende del estado general de salud de la madre, tomando en cuenta el flujo de loquios, fatiga, y molestias, se debe valorar con cuidado el grado de cansancio de la paciente, caminar es un ejercicio adecuado, pero al principio debe practicarse con moderación, la mujer debe posponer las actividades de acondicionamiento físico, como la gimnasia, hasta la sexta semana del puerperio y debe reiniciarlas en forma gradual.

⁴⁸ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

Adaptación al papel de madre.

De acuerdo con Mercer, la adaptación al papel de madre se lleva a cabo en cuatro etapas, las cuales corresponden a las establecidas por Rubin, en la primera etapa que ocurre durante la gestación, la mujer comienza a preocuparse por la manera en que asumirá su papel de madre. En la etapa formal, que comienza cuando el niño nace, la madre se deja influir por la guía de otras personas. La etapa informal comienza cuando la madre toma decisiones por si misma sobre la maternidad empieza a encontrar su propio estilo, en la etapa personal, la mujer se adapta a su papel de madre, esta etapa suele ocurrir al tercero o décimo mes después del parto. La capacidad de adaptación a la maternidad depende de factores como apoyo social y edad, personalidad y nivel socioeconómico de la madre.⁴⁹

Algunos suponen que las madres modernas son menos dependientes y que son más capaces de asumir las responsabilidades del autocuidado debido a factores como la disminución de los medicamentos administrados durante el trabajo de parto, deambulacion temprana, internamiento y mayor apoyo del esposo o compañero y de la familia.

La transición hacia la maternidad es un proceso psicológico complicado, los padres mal preparados para hacer frente a los cambios que producirá en sus relaciones, tipo de vida y función social, el advenimiento de un nuevo ser en la familia, tendrán mayores dificultades para llevar a cabo esta transición, factores como el grado de madurez de la madre, poco contacto de la mujer con el niño, falta de sistemas de apoyo o enfermedades influye sobre la adaptación a la maternidad.

⁴⁹ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 245-256.

Melancolía puerperal.

Por los cambios hormonales, durante el puerperio la mujer presenta episodios frecuentes de depresión y tendencia a llorar por cualquier motivo, estos son transitorios y por lo general de corta duración. Este tipo de depresión se conoce como melancolía puerperal y hormonal, conviene explicar a la madre que estos cambios suceden a casi todas las mujeres y que no tienen importancia médica, si la mujer muestra alteraciones severas de la conducta se requiere una valoración más profunda.

1.5 Cuidados de Enfermería durante el puerperio:

Las principales responsabilidades de quien proporciona asistencia en el puerperio consistente en mejorar el establecimiento de la unidad familiar, asistir y apoyar a la mujer para que recupere su estado previo al embarazo, vigilar e identificar desviaciones de lo normal, instruir a la madre sobre los cuidados de sí misma, se debe prestar atención especial al descanso, nutrición, hidratación, eliminación ejercicios, actividades graduales, promoción de comodidad, reparación de tejidos y pronta identificación de signos de complicación.⁵⁰

La enfermera debe comprender la necesidad de utilizar buenas técnicas asépticas durante los procedimientos, debido a que la cavidad uterina es altamente accesible a los microorganismos provenientes del exterior, además el sitio en el cual estaba fija la placenta es como una herida abierta, muy fácil de infectar.

Debido a esto, la unidad de maternidad se considera como un área limpia, en contraste con otras áreas del hospital, en muchas instituciones, quienes proporcionan los cuidados usan un equipo, limpio en la unidad de maternidad y cuando salen de ella usan una bata común de laboratorio o alguna otra prenda de vestir propia del hospital. Lo anterior se lleva a cabo de acuerdo a las normas del

⁵⁰ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

comité del control de infecciones del hospital, además cualquier persona que atiende a la paciente debe estar libre de infección.

Signos vitales:

Después de la primera hora es importante medir los signos vitales cada ocho horas y con mas frecuencia si se observan desviaciones de lo normal. Puede aumentar la temperatura durante las primeras 24 horas a causa de deshidratación durante el trabajo de parto; después de este periodo debe ser de 37°C. el pulso lento no es un signo de importancia clínica y esta relacionado con la disminución del volumen sanguíneo, la tensión arterial de la mujer debe permanecer estable después del parto. Cualquier cambio en los signos vitales se debe reportar.

Útero:

La localización, tamaño y consistencia del útero son valoraciones importantes de enfermería, antes de la valoración del útero, debe pedírsele a la mujer que vacíe la vejiga, esta practica asegura que el volumen de la vejiga llena no desplazará al útero hacia arriba o a un lado, la persona que atiende a la paciente debe determinar la relación del fondo uterino con la cicatriz umbilical, se coloca una mano suavemente en el segmento inferior del útero para proporcionar apoyo, y los dedos de la otra mano se sitúan en la parte alta del útero para conocer su localización ya sea en anchos de dedo o en centímetros la posición del útero se calcula de igual manera ya sea por encima o por debajo del ombligo. Debe vigilarse la localización del útero al inicio de cada turno. Debe vigilarse con frecuencia al inicio de cada turno sobre todo si presenta un útero blando, si este cambia de posición, si los loquios son muy intensos o si existen coágulos. El masaje puede ayudar a que el útero se contraiga.⁵¹

⁵¹ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

Loquios

La valoración de los loquios incluye color, cantidad, consistencia y olor, debe instruírsele a la mujer acerca de que es normal que existan algunos coágulos porque la sangre se acumula en la vagina, sin embargo, no es normal la presencia de coágulos grandes y debe informarse de inmediato al personal de salud para que realice una mayor evaluación. Como la mujer acostumbra cambiar los apósitos, es difícil calcular la cantidad de flujo, si la paciente usa mas de ocho apósitos en 24 horas, debe pedírsele que permanezca con un apósito durante 20 minutos para que la enfermera pueda valorar la cantidad de saturación en el apósito.

Valoración psicológica.

Debe valorarse diariamente el comportamiento psicológico de la mujer, inclusive su capacidad para enfrentar la situación, durante los primeros dos días, las pacientes presentan comportamientos dependientes. Estas conductas se mezclan con acciones de dependencia y de independencia son manifiestas, también pueden observarse reacciones depresivas, caracterizadas por cambios en el estado de ánimo, se debe observar, registrar y comunicar cualquier dato anormal, además la enfermera debe apoyar a la mujer cuando comparte sus emociones.

La enfermera debe fomentar el proceso de vinculación entra la madre y el recién nacido, el padre también necesita interactuar con su hijo, los hombres que acuden con sus esposas a clases para futuros padres y participan en el nacimiento del niño, casi siempre inician pronto el proceso de vinculación.⁵²

Asistencia en el baño.

El primer baño o ducha puede tomarse después del ingreso a la unidad de púérperas, mientras se ayuda a la paciente durante el baño pueden hacerse

⁵² Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

observaciones y recomendaciones especiales, la enfermera debe permanecer con la mujer si se siente mareada, tuvo un trabajo de parto prolongado, perdió una gran cantidad de sangre o presenta signos vitales inestables, se justifica tomar precauciones adicionales, debe enseñársele a la puérpera a que inicie su baño lavándose los senos con jabón y agua deben usarse parcamente el lavado debe hacerse con movimientos circulares desde los pezones hacia fuera, después de lo cual se secan de inmediato con una toalla limpia, si la madre está amamantando puede recomendársele la exposición de la mamas al aire durante cerca de 15 minutos, debe instruirse a la paciente para que no se frote las extremidades inferiores en forma vigorosa por el peligro potencial de émbolos.

Valoración mamaria, lactancia y supresión de la misma.

Los senos deben valorarse en busca de sensibilidad, rubor, calor, firmeza y secreciones, independientemente de si la paciente amamanta a su hijo o no, hacia el segundo día los senos se ingurgitan, están firmes e hipersensibles, con un patrón venoso prominente. A la palpación generalmente se sienten nodulares, cuando la mujer va amamantar, deben explorarse los pezones para evaluar el tamaño y forma; además deben examinarse para observar su efectividad en contraposición con la presencia de inversiones, grietas y fisuras, también deben palpase los senos para ver si hay zonas localizadas de sensibilidad dolorosa. Observar como realiza la paciente la autoexploración mamaria si sabe hacerlo correctamente. Debe enseñarse a la mujer que planea amamantar a su hijo sobre las formas para evitar que sus pezones se lastimen o agrieten, instruírsele que cambie la posición del recién nacido para variar los puntos de presión y romper la succión del lactante antes de retirarlo del seno.⁵³

El cuidado de las mamas cuando no amamanta incluye observar ingurgitación y molestias, pueden aplicarse bolsa de hielo para producir constricción de la circulación, aliviando así las molestias, un portabustos o vendaje ajustado puede

⁵³ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

aliviar algunas molestias de la ingurgitación mamaria, no debe realizarse bombeo de las mamas en una paciente que no está amamantando, por que se estimula la producción de leche.

Cuidado perineal:

Los objetivos del cuidado perineal son aumentar la cicatrización y prevenir la infección, debe valorarse el perineo en busca de edema poco usual, cambio de coloración y dolor agudo, un hematoma, la acumulación de sangre en los tejidos, podría originarse por rotura de un vaso sanguíneo o un corte en un pequeño vaso que no se suturó en el momento de la reparación de la episiotomía, casi siempre, el primer indicio de un hematoma es la queja de la paciente de un dolor intenso alrededor de las suturas. Es necesario que se informe al medico el desarrollo de un hematoma ya que requiere una intervención quirúrgica.⁵⁴

El perineo debe inspeccionarse diario como parte de la atención rutinaria. Además del tipo y cantidad de secreción vaginal, debe valorarse la cicatrización de los tejidos, si se practico una episiotomía, la mujer debe acostarse de lado con la pierna superior flexionada hacia el frente para que la enfermera pueda valorar si las puntas de la episiotomía están intactas o separadas y si existe secreción purulenta alrededor de los puntos, es importante identificar pronto una infección en caso de que exista. Si hay hemorroides, deben valorarse en cuanto a su tamaño, molestia y sensibilidad, las medidas para aliviar las hemorroides incluyen baños de asiento, lámparas de calor y fármacos, la molestia hemorroidal disminuye conforme se reduce el edema y se mejora la circulación.⁵⁵

Debe instruírsele a la paciente sobre la importancia de una buena higiene en el cuidado perineal, primero debe lavarse las manos antes de limpiar el perineo,

⁵⁴Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

⁵⁵ Ibidem..

segundo debe reconocer la importancia de limpiar el perineo desde el frente hacia atrás cuando se lava.

El intestino y la materia fecal tienen normalmente muchos tipos de bacterias, cuando permanecen en el intestino, los microorganismos son inofensivos, pero si se introducen en la vagina, uretra o área de la episiotomía pueden provocar una grave infección. El apósito perineal debe colocarse desde el frente hacia atrás, los dedos solo deben tocar los bordes y no el centro del apósito. Debe seguirse el mismo principio para aplicar bolsas de hielo y anestésico tópicos que alivien la molestia perineal.⁵⁶

Hay varios métodos para realizarse el aseo perineal, pueden aplicarse jabón y agua con una toalla limpia (desechable) debe instruirse a la paciente de realizar el aseo perineal después de cada baño, cada micción y cada defecación.

Aplicación de frío al perineo: Con frecuencia se aplica una bolsa de hielo justo después de que se repara la episiotomía para reducir el edema y entumecer a los tejidos, lo cual proporciona comodidad, pueden hacerse bolsas de hielo y luego cerrando o asegurando el guante en la zona de la muñeca. La bolsa de hielo es más efectiva durante las primeras 24 horas después del parto, cuando hay más posibilidades de que el frío prevenga el edema.

Aplicación de calor: El calor local se usa para reducir las molestias de la mujer, aumenta la circulación al área perineal y relaja los tejidos. Puede aplicarse calor local tanto húmedo como seco.

Baños de asiento: Comúnmente se usan de asiento para aplicar calor húmedo al perineo, esto proporciona comodidad, promueve la curación y reduce la frecuencia de infección, la temperatura del agua debe ser de 37°C aproximadamente, y no debe rebasar los 40°C para evitar una quemadura por calor húmedo, debe estar sentada durante 15 a 20 min., es importante que utilice una toalla limpia para

⁵⁶ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274

secar el perineo después del baño de asiento y luego coloque un apósito perineal limpio.⁵⁷

Lámpara de calor: El calor seco de una lámpara perineal es útil, seca la zona aumenta la circulación lo que contribuye a la curación brinda comodidad, deben enseñarse a la paciente que primero limpie el perineo para evitar que se sequen secreciones sobre el área, la lámpara debe colocarse a 60 cm. del perineo y el foco debe ser de 60 watts o menos para evitar quemaduras.⁵⁸

Aplicación de anestésicos tópicos: Los anestésicos tópicos se administran para aliviar la molestia perineal, con frecuencia se emplean aerosoles de benzocaína o ungüento de dibucaina para aliviar la molestia hemorroidal, la paciente debe aplicarse el medicamento tópico después de un baño de asiento o del uso de una lámpara de calor y esperar entre uno y dos minutos para aplicar el apósito vaginal de otra manera gran parte del medicamento quedara en el apósito vaginal.⁵⁹

Eliminación.

Después del parto se debe vigilar a conciencia el estado de la vejiga urinaria, un útero desplazado o una vejiga palpable, son signos de distensión urinaria y requieren la intervención de enfermería, quien debe valorar la frecuencia de las micciones, la cantidad de orina o la incapacidad para orinar si la mujer no puede vaciar completamente la vejiga, se puede producir estasis urinaria, con consecuente infección también se debe información sobre la eliminación intestinal, y permitir que la paciente externe cualquier preocupación que pueda tener al respecto, frecuentemente la púérpera teme que su primera evacuación sea dolorosa y llegue a lesionar las suturas de la episiotomía, a veces se administra un reblandecedor de las heces fecales, para reducir las incomodidades perineales de

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

⁵⁹ Ibidem

la defecación. Debe animarse a la paciente para que tenga ingesta adecuada de líquidos, fomentar la deambulación y el uso del inodoro ya que es más natural, más útil y conduce más a una función normal que el empleo de un cómodo.⁶⁰

Una dieta apropiada, incluyendo un aumento en la ingesta de fibra y líquidos así como el ejercicio, ayudará a la paciente a recuperar su hábito intestinal.

Miembros inferiores:

Las extremidades inferiores (pies, piernas y muslos) deben examinarse diariamente, en busca de calor, sensibilidad dolorosa y un signo de Homan positivo; para evaluar los miembros inferiores, estos deben estirarse y relajarse, se toma un pie y se realiza flexión dorsal enérgica, no debe presentarse molestia alguna, si se presenta produce dolor, la mujer tiene un signo de Homan positivo que debe comunicarse, el dolor es causado por inflamación de los vasos, lo que puede deberse a tromboflebitis, la temperatura de la piel y el edema de los miembros inferiores cuando esta presente, también deben evaluarse. Debe animarse a la paciente para que camine con frecuencia para promover la buena circulación, esto reduce el riesgo de una trombosis e infección durante el puerperio.

Deambulación.

La deambulación temprana y frecuente es esencial para reducir el riesgo de trombosis, además con ello disminuye la frecuencia de problemas respiratorios, urinarios y circulatorios, también ayuda a prevenir el estreñimiento y promueve el retorno rápido de la fuerza, en general, las mujeres empiezan a caminar poco después del parto, amenos que hayan recibido anestesia intrarraquidea o general.

⁶⁰ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

Debe informarse a la paciente que si siente desvanecimiento llame a algún familiar de inmediato, si es posible que se siente en una silla y baje la cabeza a las rodillas.

Después de permanecer recostada por un lapso de tiempo determinado, cuando la mujer se incorpora puede experimentar un borbotón súbito temporal de secreción vaginal, debe observarse el color si es rojo oscuro seguramente es normal, debe informarse a la paciente que el aumento de los loquios se debe al cambio de posición, la secreción vaginal puede acumularse en la posición decúbito y después fluir libremente en la posición erecta; sin embargo cuando este flujo continua, la paciente debe avisar para proceder a una evaluación más completa que descarte otras causas de hemorragia.⁶¹

Estado de nutrición:

Valorar los hábitos de nutrición durante las horas de las comidas proporciona la oportunidad de observar que alimentos prefiere la paciente y cuales evita, estas observaciones pueden ayudar a iniciar una exposición sobre la buena nutrición, debe animarse a la paciente a que ingiera una dieta balanceada, si está amamantando a su hijo, debe aumentar 500 calorías al día a los requerimientos previos al embarazo, además debe aumentar la ingesta de líquidos hasta 2,000 o 3,000 ml. al día para aumentar la producción de leche.

Debe animarse a la paciente para que continúe con la ingesta de vitaminas y suplementos de hierro, a menudo, se determinan los valores de laboratorios seis semanas después del parto para detectar si persiste o se desarrollo una anemia.

Ejercicios para el puerperio.

El ejercicio de Kegel constituye una parte importante durante el puerperio, debe instruirse a la señora para que contraiga las nalgas antes de sentarse para reducir

⁶¹ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

la molestia y evitar el traumatismo directo sobre el perineo, si la señora tiene una episiotomía lateral, debe sugerírsele que se acueste sobre un lado para que este mas cómoda, debe animarse a la mujer para que practique un ejercicio de contracción perineal (Kegel) para fortalecer y tonificar los músculos como si detuviera e iniciara el flujo de orina durante la micción. Debe practicar este ejercicio varias veces al día, se le debe enseñar que es benéfico que continúe los ejercicios de contracción perineal durante el resto de su vida para obtener un incremento potencial en la satisfacción sexual y reducir el riesgo de incontinencia urinaria.

Reanudación de actividades físicas.

Las mujeres frecuentemente preguntan que es lo que pueden hacer de regreso en casa, se recomienda aumentar sus actividades gradualmente para evitar la fatiga, deben evitar levantar objetos pesados por escaleras y practicar actividades extenuantes, deben tomar de una a dos siestas, lo cual es más fácil cuando el recién nacido duerme, hacia la segunda semana en casa puede realizar trabajos domésticos ligeros, la mayoría de las mujeres pueden restablecer prácticamente todas sus actividades en cuatro a cinco semanas.

Reanudación de las relaciones sexuales.

La actividad sexual puede restablecerse sin riesgos cuando los loquios se han suspendido, la incisión de la episiotomía ha cicatrizado y cuando la mujer se siente dispuesta, el tiempo varia de tres a seis semanas en caso de episiotomía o desgarros habrá que esperar mas, hasta la completa reparación del perineo, el primer contacto sexual posparto probablemente sea un poco incomodo, esto se debe en parte a la sequedad o disminución de lubricación, ante esto se le indica a la mujer que utilice un lubricante hidrosoluble, es útil adoptar una posición que imponga menos tensión al perineo, una posición determinada puede resultar más cómoda y satisfactoria.⁶²

⁶² Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

Conservación y promoción.

La conservación y la promoción de la salud incluyen actividades puerperales, como prevención de infecciones, procurar comodidad y hacer ejercicios, la mayoría de las mujeres tiene una recuperación sin incidentes, sin embargo, ya que algunas mujeres sufren complicaciones en el puerperio todas las pacientes deben de conocer los signos de alerta para regresar a la clínica para una mejor evolución.⁶³

Signos de peligro:

- Hemorragia vaginal de color rojo brillante, persistente, recurrente o progresiva, con o sin expulsión de coágulos sanguíneos.
- Olor fétido de la secreción vaginal.
- Aumento de la temperatura a 38 °C o más, en dos lecturas con un intervalo de cuando menos seis horas.
- Dolor, sensibilidad dolorosa en áreas enrojecimiento localizado en las pantorrillas.
- Dolor, sensibilidad dolorosa en áreas enrojecidas circunscritas de los senos.
- Pezones agrietados, con aumento de las molestias durante el amamantamiento.
- Dolor fuera de lo común el área de la episiotomía con o sin exudado purulento.
- Micción dolorosa.

⁶³ Aukamp, Virginia, Op cit.; Pág. 260-274.

CAPITULO II : APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

2.1 PRESENTACION DEL CASO:

Paciente Femenino de 19 años de edad que habita en unión libre, dedicada al hogar, con secundaria terminada, originaria del D.F. refiriendo domicilio actual en San Blas, Cuautitlán acompañada de su esposo J. I. H. G.

Higiene corporal adecuada con cambio de ropa diaria interior y exterior, lavado de manos, cepillado dental adecuado, refiere vivir en casa de su suegra en localidad suburbana, construida con material perdurable la cual cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, con 4 habitaciones en la cual cohabitan 5 personas; zoonosis negada, al igual que la promiscuidad. Alimentación adecuada refiriendo 3 comidas al día con ingesta de carne 3/7, leche 7/7, huevo 0/7, cereal 7/7, verduras 0/7 frutas 0/7 agua con ingesta diaria de 2 litros, esquema de vacunación completo.

Manifiesta menarca a los 14 años de edad, con ritmo irregular con 3 días de duración sin fenómenos acompañantes, IVSA: a los 16 años con una sola pareja sexual, G-1, P-0, A-0, C-0, niega la utilización de algún método anticonceptivo y DOC.

Refiere que su padre esta vivo pero que ignora su edad y algún padecimiento debido a la separación de su madre ya hace algunos años, su mama actualmente vive y cuenta con 34 años de edad quien al parecer refiere tiene alguna cardiopatía la cual no especifica.

2.2 Valoración

DATOS GENERALES:

Nombre C. R. M. S Edad: 19 Sexo: Femenino.

Ocupación: Ama de casa Estado civil: Unión libre.

Religión: Ninguna.

Escolaridad: Secundaria terminada

Institución de salud donde acude: IMSS.

2.2.1 VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1.- Necesidad de Oxigenación.

¿Tiene algún problema para respirar?: Si: _____ No: x

Descríbalo: no se observa dependencia ni problemas respiratorios.

Observaciones: Las respiraciones de la señora C. R. M. S son regulares, las vías respiratorias son permeables, la frecuencia, el ritmo y profundidad de las respiraciones son normales, a la auscultación no se encontraron ruidos como estertores, sibilancias que indique presencia de acumulación de flemas.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

¿Tiene algún problema relacionado con su alimentación o su ingestión de alimentos?: Si: _____ No: X.

Descripción: No se encontraron signos de dependencia

Observaciones La paciente C. R. M. S refiere que no ha perdido el apetito, y que realiza sus tres alimento diarios, así como que ha procurado, presenta capacidad física y de desarrollo para preparar sus alimentos o sugerir a su suegra que le gustaría comer.

3.-Necesidad de Eliminación

¿Tiene algún problema para orinar?: Si. ___ No: x

Descríbalo: _____

Observaciones: La señora C. R. M. S refiere que no ha disminuido la frecuencia para orinar, pero sin embargo refiere molestias para la micción, un poco de ardor y dolor al defecar, al observar la orina es transparente con residuos pequeños de

coágulos de sangre esto debido a los loquios, los cuales son coloración rubra su patrón de eliminación es normal

¿Tiene algún problema para defecar?: Si: x No: _____

Descríbalo: La señora C. R. M. S refiere sentir dolor al defecar, y sentir miedo de que las suturas se rompan y la herida se infecte. y refiere que a veces prefiere aguantarse las ganas de ir al baño debido al dolor que le ocasiona la herida quirúrgica.

Observaciones: Presenta hemorroides.

4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

¿Tiene algún problema para movilizarse?: Si: _____ No: x

Descríbalo: La señora C. R. M. S refiere que no tiene problemas para trasladarse.

Observaciones: Camina sin problemas, refiere no sentirse mareada al caminar, da sus pasos firmes, y seguros, en su casa no hay objetos que le impidan el paso el área de transito es amplio, además por el momento no realiza actividades en casa que le implique mucho esfuerzo, permanece una parte del día en su habitación, y en la sala, en compañía del recién nacido.

5.- Necesidad de Descanso y Sueño.

¿Tiene algún problema para dormir?: Si: X No: _____

Descríbalo: La señora C. R. M. S refiere que no puede conciliar el sueño, además de sentirse, cansada, insegura, y preocupada por su hijo, sobre como debe cuidarlo y que añora sus actividades anteriores, además de que debe acostumbrarse a vivir con los familiares de su esposo.

Observaciones: La señora C. R. M. S refleja cansancio, cierta tristeza, y preocupación por el futuro de ella y de su bebe.

¿Tiene algún problema para descansar?: Si. x No.____

Descríbalo: La paciente C. R. M. S refiere que no puede conciliar el sueño, que cuando se despierta se siente aun más cansada, que por las noches no puede dormir y que le gustaría tener más tiempo para ella.

6.- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.

¿Tiene algún problema para vestirse?: Si:____ No: x

Descríbalo: No presenta signos de dependencia

Observaciones: La señora C. R. M. S puede vestirse y desvestirse, así como preparar su ropa sin ayuda, su arreglo personal es un poco desalineado, el cabello recogido, no le importa lucir bien, solo refiere que sentirse cómoda es importante, su ropa es holgada, limpia, y en buen estado.

7.- Necesidad de Termorregulación.

¿Tiene algún problema para mantener su temperatura corporal?: Si: ____ No: X

Descríbalo: No presenta signos de dependencia

Observaciones: La señora C. R. M. S presenta vestimenta adecuada de acuerdo al clima de temporada, refiere que prefiere el calor al frío, no conoce los medios físicos y químicos para el control de la temperatura, se observa el entorno limpio la casa cuenta con 4 recamaras, su recamara tiene 2 ventanas la cuales tienen cortinas gruesas, cuenta con cobijas y sabanas limpias suficientes. No presenta alteración en su temperatura corporal, se le explica que los signos y síntomas que debe saber para acudir al centro de salud.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

¿Tiene algún problema para realizar su higiene personal?: Si____ No x

Descríbalo: No presenta dependencia

Observaciones: Su higiene dental es dos veces al día, con lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, se ducha y lava el cabello diariamente. La presentación, su arreglo personal es limpio; mucosas semihidratadas, no presenta lesiones dermicas, la piel se encuentra lubricada, la episiotomía se encuentra limpia sin presencia de secreciones purulentas, ni olor fétido.

9.- Necesidad de Evitar peligros.

¿Existe algún factor que ponga en riesgo su salud?: Si. ___ No. x

Descríbalo: No presenta dependencia

Observaciones: La casa donde habita actualmente la señora C. R. M. S es de material perdurable cuenta con 4 recamaras, sala comedor, cocina, loseta, la señora utiliza sandalias antiderrapante para trasladarse por las casa, el piso del baño cuenta con un tapete antiderrapante, se mantiene seco, no hay perros en casa, la zona donde habita es tranquila refiere que como ella todavía no conoce muy bien la zona, sale acompañada de su suegra, y que esta no la deja sola..

10.- Necesidad de Comunicación.

¿Tiene algún problema para comunicarse con los demás?: Si: ___ No: X

Descríbalo: La señora C. R. M. S manifiesta que se siente un poco incomoda al vivir en la casa con los familiares de su esposo, que le da pena hablar con su suegra, y que se siente insegura sobre la relación que tiene con ella, manifiesta que le da miedo que le traten quitar a su hijo, además de sentirse sola ya que su esposo se va a trabajar, y su mama no la visita, debido a que cuando se entero que estaba embarazada le pidió que se fuera de su casa, y se fue a vivir con sus suegros.

Observaciones: La señora C. R. M. S se comunica con fluidez, no tienen contacto con sus familiares debido a que ellos viven en el distrito, su madre no la visita, los

familiares de su esposo, se mantienen al margen de la situación, sin embargo manifiestan preocupación, y atención hacia la señora C. R. M. S y a su bebe.

11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.

Cuáles son los valores morales más importantes en su vida: La honestidad, la familia, el amor.

¿Profesa usted alguna religión?: NO ¿Cual?: _____

Observaciones: el no profesar alguna religión no le genera conflicto en su persona y ni con los familiares de su esposo.

12.- Trabajar Necesidad de Trabajar y realizarse.

¿Tiene algún problema para realizar sus labores del hogar? : Si: _____ NO: X

Descríbalo:

Observaciones: Refiere no tener ningún problema y que se dedicara solo al cuidado del recién nacido, a las labores del hogar, y que por el momento no tiene planeado tener un empleo.

13.-Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.

Realiza actividades recreativas: Si _____ No x

Describe: _____

Observaciones: Paciente refiere no realiza actividades recreativas que le gusta el fútbol, escuchar música, además que antes del embarazo, salía con sus amigas al parque o al cine, y que ahora se siente sola, la señora C. R. M. S todavía no tiene amistades en cuautitlan, y no cuenta con material para distraerse en su casa.

Realiza actividades deportivas: Si _____ No x

Describe: _____

Observaciones: La señora C. R. M. S le gusta el futbol pero no practica ningun deporte o cualquier otra actividad fisica, manifiesta que le resulta un poco aburrido, hacerlo sola.

14.- Necesidad de Aprendizaje.

Tiene alguna dificultad para cambiar su forma de vivir en beneficio de su salud:

Si ____ No: x

Describe: _____

Observaciones: La señora C. R. M. S refiere que le interesa saber mas acerca de como alimentar a su bebe, y sobre los métodos de planificación familiar.

SIGNOS VITALES:

Respiración frecuencia: 18x'

Características: Superficiales

Pulso frecuencia: 80x'

Características: Rítmico

Temperatura: 36.°C

Tensión arterial: 110 /70

Exploración Física:

A la exploración física se encontró, mujer de 19 años de edad, de complexión delgada, tez blanca, con ligera palidez de tegumentos, conciente, orientada en cuanto a espacio y tiempo, cabeza normocefala, cabello bien implantado, y limpio, ojos simétricos, con reacción pupilar a la luz, narinas permeables sin presencia de secreciones, mucosas orales semi-hidratadas, con dentición completa, cuello simétrico, sin presencia de nódulos, ni referir dolor a la palpación, con buena expansión torácica, a la auscultación sin presencia de estertores, ni sibilancias, mamas distendidas, turgentes, sensibles, calientes, con presencia de dilatación de los vasos sanguíneos, virtualmente limpias pezones bien formados en cuanto a su tamaño y forma, de coloración oscura con presencia de secreción láctea, sin

presencia de grietas, inversiones y fisuras. Abdomen blando, depresible, con ruidos intestinales disminuidos, con ligero dolor a la palpación la cual refiere ser de 2 en base a la escala del dolor, refiriendo pequeños cólicos, sin presencia de retención urinaria, a la palpación se encontró el fondo uterino por debajo de la cicatriz umbilical, con presencia de loquios de color rubra, con pequeños coágulos, sin presencia de olor fétido, vagina de aspecto amoratado, con presencia de herida por episiotomía media lateral derecha, limpia, con suturas intactas y limpias, sin secreciones purulentas, hemorroides visibles refiriendo la señora C. R. M. S, molestias al evacuar, miembros pélvicos simétricos sin presencia de sensibilidad dolorosa, venas varicosas.

2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

HIGIENE

DX Riesgo de infección relacionado con herida tisular.

ELIMINACION.

DX: Alteración en la eliminación intestinal relacionado con dolor al evacuar manifestado por referir retrasar la urgencia a la defecación.

DESCANSO Y SUEÑO:

DX: Alteración del patrón del sueño relacionado con cambio en el estilo de vida manifestado por referir verbalmente dificultad para conciliar el sueño, sentirse cansada, y solo dormir 2 –3 horas.

ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DX: Baja autoestima situacional relacionado con la depresión inducida por los cambios hormonales manifestado por referir sentimientos de tristeza, soledad y temor a su nuevo rol de madre.

APRENDIZAJE:

DX: Lactancia materna ineficaz relacionado con la falta del conocimiento sobre técnica de la lactancia manifestado por la aplicación de una técnica inadecuada.

DX: Déficit de conocimientos cuidados del recién nacido relacionado con la falta de preparación de los padres manifestado por expresión verbal de no saber cuales son los cuidados que requiere su bebe.

DX: Déficit de conocimientos de los métodos para la planificación familiar relacionado con el uso de los métodos de anticoncepción.

2.4.- PLANEACION, EJECUCIÓN Y EVALUACION DE ENFERMERIA.

HIGIENE:

DX: Riesgo de infección relacionado con episiotomía.

Objetivo:

Prevenir el desarrollo de una infección a través de técnicas de higiene.

Plan de atención:

Fundamentación

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales.- Fomentar el cambio de las compresas / toalla sanitarias tras la defecación, para prevenir la contaminación.- Recomendar a la señora CRM realizar baños de asiento.- instruir a la seora a que enjuagué la vulva de adelante hacia atrás depuse cada la micción.- Lave la vulva y el perineo, incluidas la suturas, antes del lavado de la zona perineal en la ducha- Explicar que no es necesaria la eliminación de las suturas ya que estas son absorbidas por la piel.- Explicar a la paciente que los loquios pueden persistir durante 3 – 4 semanas cambiando el color rojo a marrón y a blanco.- Observar el estado de la episiotomía en busca de drenajes o exudado anormal o mal oliente que indica un proceso infeccioso. | <ul style="list-style-type: none">- <i>El conocimiento sobres los cuidados permite a la paciente tener conciencia sobre la importancia de una buena higiene y vigilancia.</i>- <i>El cambio de las compresas no permite que se infecte la episiotomía.</i>- <i>El agua caliente sobre el perineo después de cada micción o defecación o varias veces al día en forma regular permite promover comodidad, limpieza y reparación de la herida.</i>- <i>La suturas de absorbibles como su nombre lo indica son absorbidas por el organismo y por tal motivo no es necesario que se retiren a diferencias de otras que necesitan ser retiradas.</i>- <i>Producto que fluye de la vagina tras el parto durante los tres o cuatro días del parto, lo normal es que el flujo de los loquios se interrumpa aproximadamente en la sexta semana.</i> |
|---|--|

Evaluación:

Al momento de la exploración la señora no se encontraron signos de infección, los signos vitales se encontraron dentro de los rangos normales, existe ausencia de enrojecimiento del perineo; no hay secreción purulenta ni olor fétido en los loquios, no hay quejas urinarias, ni dolor e hinchazón en las pierna.

ELIMINACION.

DX: Alteración en la eliminación intestinal relacionado con dolor en el área perineal manifestado por referir retrasar la urgencia a la defecación.

Objetivo:

- La señora C.R.M. mantendrá el patrón de eliminación intestinal

Plan de atención:

Intervenciones:

Fundamentacion

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Repasar con la paciente su dieta.- Reafirmar cuales son los alimentos que ricos en hierro y vitaminas para ayudar en el proceso de cicatrización.- Fomentar un aumento de la ingesta de alimentos ricos en fibra y la toma de líquidos.- Garantizar una ingestión líquida adecuada.- Implementar baño de asiento para ayudar a relajar los músculos perineales antes de una defecación.- Administrar laxantes naturales para ablandar las heces.- Enseñar ejercicios para aumentar el tono muscular abdominal- Recomendar a la paciente que deambule según tolerancia, aumentando la cantidad de frutas y verduras.- Aplicación de cremas anestésicas a la zona perineal y a la episiotomía puede aliviar el dolor y permitir, en consecuencia, la defecación. | <ul style="list-style-type: none">- <i>Los alimentos del tipo de las frutas y vegetales frescos, con contenido elevado de fibras, ayudaran a restablecer los hábitos intestinales normales.</i>- <i>La actividad intestinal es menor debido a la disminución del tono muscular abdominal, a los efectos de anestésicos, progesterona,</i>- <i>El dolor de hemorroides y la episiotomía y laceración pueden determinar que la mujer demore su primera deposición.</i>- <i>Promover la deambulacion frecuente.</i>- <i>Asegurar una ingestión adecuada de líquidos y proporcionar una dieta con frutas y fibras frescas estimula la eliminación intestinal regular.</i>- <i>El baño de asiento puede ayudar a relajar los músculos perineales antes de la defecación.</i> |
|--|--|

Evaluación:

La señora refiere que las intervenciones planteadas ayudaron a que su evacuación fuera menos dolorosa y aumentara en el número de las mismas por lo cual el dolor al evacuar ha disminuido, y que ya no ha retrasado la urgencia a la defecación, además que la información proporcionada le ayudo a conocer mas sobre los alimentos que puede incluir en su dieta ya que estas le ayudan mejorar su digestión.

DESCANSO Y SUEÑO:

DX: Alteración del patrón del sueño relacionado con cambio en el estilo de vida manifestado por referir verbalmente dificultad para conciliar el sueño, sentirse cansada, y solo dormir 2 –3 horas.

Objetivo:

- La señora C. R. M. mejorara sus hábitos de descanso y sueño.

Plan de atención:

Intervenciones:

- Fomentar la expresión de inquietudes y miedos que le impiden conciliar el sueño.
- Enseñar técnicas de relajación, ejercicios de respiración los cuales deberá realizar antes de acostarse.
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar lo productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Promover que tome un vaso de leche caliente antes acostarse.
- Controlar la participación en actividades que causen fatiga durante la vigila para evitar cansancio excesivo.
- Fomentar un ambiente agradable y de silencio en la recamara.
- Buscar el apoyo de sus familiares para descansar para el cuidado del bebe mientras ella descansa.
- Disponer de siestecillas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño.

Fundamentacion:

- *El estrés interfiere en la capacidad para relajarse, descansar y dormir.*
- *El conocimiento de los factores que afectan al sueño permite a la paciente poner en práctica modificaciones del estilo de vida y de las actividades previas al acostarse.*
- *La leche y los alimentos con proteínas contienen triptófano, un precursor de la serotonina, al que se atribuye la capacidad de inducir y mantener el sueño. Se deben de evitar los estimulantes por que inhiben el sueño.*
- *El apoyo de la familia ayudara a que esta se sienta mas tranquila ,y poyada por los suyos*
- *La cantidad de sueño que necesita un individuo varía según el estilo de vida, la salud y la edad.*

Evaluación:

La paciente expresa que se ha sentido mas descansada y además de sentirse mas apoyada por la familia de su esposo (su suegra) por que puede tomar siestas de una a dos horas durante el día, por que le ayudan a cuidar a su hijo cuando este se despierta y ella aun esta dormida además que durante la noche puede dormir mas tranquila, que duerme ya casi de seis a siete horas y eso le hace sentir bien, le da mayor seguridad para este nuevo rol en su vida, sin embargo manifiesta que le gustaría que su mama la visitara mas.

ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DX: Baja autoestima situacional relacionado con la depresión inducida por los cambios hormonales manifestado por referir sentimientos de tristeza, soledad y temor a su nuevo rol de madre.

Objetivo:

- La señora C.R.M. comprenderá los cambios que se presentan durante el puerperio.

Plan de atención:

Intervenciones:

- Potenciar los comentarios sobre los problemas reales y percibidos.
- Ayudar a la madre a valorar la experiencia del embarazo y el parto.
- Alabar su habilidad, para potenciar el auto percepción de adecuación y competencia como madre.
- Explicar los cambios emocionales que se presentan durante el puerperio.
- Explicar que los sentimientos de tristeza son temporales debido a los procesos hormonales.
- Ayudar a la paciente a aceptar los cambios emocionales del periodo posparto.
- Recomendar a la familia de su esposo interactuar más con la señora para que esta se sienta con más confianza hacia ellos.
- Animarle a que establezca más comunicación con su familia política.
- Alentar a la señora y a la familia a que expresen sus temores opiniones.
- Establecer una relación de confianza entre la señora C.R.M. y su familia.

Fundamentacion.

- *La mujer inicialmente después del parto se siente cansada y manifiesta la necesidad de comer y dormir.*
- *Explicar que estos sentimientos y cambios son comunes durante este tiempo, como perdida inicial del sentimiento de amor por el lactante, variaciones sobre las expectativas prenatales acerca de la apariencia del lactante, desacuerdo en el sexo, peso o aspecto.*
- *La imagen corporal del individuo se desarrolla de cierto modo de las actitudes de los demás y de las repuestas a su cuerpo.*
- *En este proceso la mujer expresa sus temores ante su nuevo rol, amamantamiento y sobre su aspecto o cambios en su imagen corporal con relación a la que tenía antes del embarazo.*
- *La autenticidad del individuo es el sentido consiente de individualidad y de unicidad que continuamente se produce a lo largo de la vida.*

Evaluación:

La paciente refiere que gracias al apoyo de su familia y del personal que le ayudaron ha desarrollado más confianza en su persona, y con su nueva familia de la cual acepta sus consejos y expresa sus temores de esta nueva etapa de su vida como madre, además tienes planes a futuro para su familia sobre todo para el cuidado y la educación de su bebe.

Acepta que hay momento en lo cuales se ha sentido sola y muy triste pero comprende que estos cambios emocionales son momentáneos y que forman parte del periodo del puerperio, pero que no perduraran siempre.

APRENDIZAJE:

DX: Lactancia materna ineficaz relacionado con la falta del conocimiento de la técnica de la lactancia manifestado por la aplicación de una técnica inadecuada.

Objetivos:

- La señora C.R.M. realizara de manera correcta la técnica de Lactancia Materna.

Plan de atención:

Intervenciones:

- Enseñar la técnica para la higiene de las manos antes y después de cada tetada.
- Orientar a la madre acerca de la técnica para mejorar el flujo lácteo, tomando el borde areolar entre los dedos pulgar e índice, a fin de alargar el pezón u exprimir posteriormente el pecho para ayudar a que salga la leche.
- Enseñar la técnica de la lactancia y pedir a la señora que muestre lo aprendido.
- Explicar a la madre sobre la existencia del reflejo de búsqueda.
- Explicar la forma de interrupción de la succión sin que se lesione el pezón.
- Explicar la forma de recargar al niño en posición vertical sobre el hombro materno después de cada alimento, dándole palmadas ligeras en la espalda a fin de que expulse el aire que deglutió durante el amamantamiento.
- Explicar que se puede juzgar la ingestión y nutrición como adecuada cuando se utilizan 6-8 pañales por día, el neonato duerme 1-2 horas entre tomas y ha ganado peso.

Fundamentación:

- *Durante el embarazo se reúnen las condiciones hormonales que son necesarias como un paso previo a la lactancia.*
- *El calostro empieza a formarse al final del embarazo manteniéndose bajo porque la acción de la prolactina esta suprimida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona, características de las primeras fases del embarazo.*
- *La leche aparece entre le segundo y cuarto día después del parto.*
- *Se debe estimular el reflejo de búsqueda del bebe pasándole el pezón por la boca.*
- *Para interrumpir la succión sin que s lesione el pezón al retirarlo se debe colocar el dedo meñique en la boca del niño y posteriormente retirar el seno.*
- *Después de cada alimentación, es importante que el bebe expulse el aire que deglutió durante el amamantamiento*
- *Un lactante necesita aproximadamente una cantidad equivalente a la quinta parte de su peso corporal, se debe en 6 a 10 tomas al día.*

Evaluación:

Al momento de llevar acabo la lactancia materna la paciente realiza de manera correcta la técnica de la alimentación al seno materno, de acuerdo a la técnica que se le enseñó, la señora además se reafirmo sobre los beneficios que proporciona la lactancia materna a su bebe así como para ella, y se provecho a despejar ciertas dudas sobre la alimentación de su bebe en un futuro, (ablactacion) en relación a que alimentos deben iniciarse primero y como introducirlos poco a la dieta de su bebe. A demás se le recomendó visitar a su centro de salud más cercano para llevar el control del niño sano, y así le proporcionen más información.

APRENDIZAJE:

DX: Déficit de conocimientos cuidados del recién nacido relacionado con la falta de preparación de los padres manifestado por expresión verbal de no saber cuales son los cuidados que requiere su bebe.

Objetivo:

- La señora C.R.M. llevara acabo los cuidados generales del recién nacido.

Plan de atención:

Intervenciones:

- Higiene de las fosas nasales.
- Fomentar la lactancia materna.
- Orientar sobre la vigilancia sobre la frecuencia y características de la eliminación urinaria y de las deposiciones.
- Enseñar como sostener al bebe sosteniendo la cabeza y la espalda durante la manipulación.
- Organizar los espacios permitiendo diferenciar las horas de luz y nocturnas.
- Utilizar prendas de fibras naturales y suaves.
- Secar al bebe cuidadosamente después del baño, con especial atención en la cabeza, por ocupar gran superficie corporal.
- Proteger al bebe de corrientes de aire.
- Mantener una temperatura agradable en los espacios que frecuenta.
- Abrigarlo solo lo necesario para que se sienta cómodo.
- Cuidados del cordón umbilical.
- Revisar los pañales con frecuencia y cambiarlos cada vez que estén mojados.
- Vigilar la zona del área del pañal

Fundamentacion:

- *Las respiraciones del recién nacido son básicamente abdominales por el predominio del diafragma; su ritmo es rápido y regular.*
- *La fácil digestión de la leche materna influye en la frecuente demanda de alimento en los recién nacidos alimentados con lactancia materna.*
- *La capacidad de la vejiga urinaria es de aproximadamente 40–50 ml. Y se vacía espontáneamente cuando retiene alrededor de 15 ml., esto conduce al recién nacido a realizar frecuentes micciones.*
- *El abrigo del recién nacido debe adaptarse a las condiciones ambientarles, sus prendas deben ser con prioridad de fibras naturales: algodón,.. las fibras artificiales mantienen la humedad son mas calurosas y producen mayor incomodidad.*
- *Las frecuentes micciones y deposiciones en el recién nacido obligan al cambio frecuente de pañales para evitar que permanezca húmedo y provocarle un eritema de pañal.*
- *Las primeras deposiciones del recién*

- para detectar posibles irritaciones.
 - Vigilar el riesgo de infección en la zona umbilical hasta la caída del cordón.
 - Evitar situarlo en superficies altas sin protección.
 - Protegerlos contra riesgos de asfixia.
 - Evitar posiciones que puedan favorecer la aspiración de alimentos durante y después de la toma.
 - Favorecer el desarrollo de todos los sentidos: tacto, entre personas y objetos, sonidos, visión olores.
 - Hablarle al bebe, mirarle hasta conseguir su atención, buscar el contacto visual en distancia cortas.
 - Animar al padre o a la apersona de confianza a crear un entorno que de soporte a la madre.
 - Situar cerca del recién nacido elementos motivadores: dibujos, móviles muñecas un otros objetos de colores vivos.
 - Procurar que la habitación del bebe tenga buena luz, los colores sean claros y alegres.
 - Reforzar las capacidades y habilidades de la madre y el padre para favorecer su autonomía.
 - Proporcionar una plática sobre el esquema básico de vacunación.
- nacido reciben el nombre de meconio, su expulsión dura aproximadamente 2-3 días a partir de ese momento evolucionara hacia deposiciones de transición hasta adquirir las características propias de la alimentación que recibe el recién nacido.*
- *La capacidad del recién nacido para mantener la temperatura corporal es muy lábil y uno de sus grandes riesgos es la hipotermia.*
 - *El baño del recién nacido puede realizarse a cualquier hora del día, siendo preferible antes de la toma de alimento para evitar su posterior manipulación y prevenir regurgitaciones.*
 - *El cordón umbilical del recién nacido en proceso de secado evolucionara desde una coloración blanca azulada hacia marrón oscuro, su aspecto será seco.*
 - *Durante el proceso de cicatrización el aseo del recién nacido se realizara por partes evitando sumergirlo en el agua para favorecer su secado.*
 - *Durante las primeras semanas, aunque las horas de sueño son variables, el recién nacido duerme la mayor parte del tiempo un promedio de 16 horas al día, el resto de las horas las terminara entre los distintos estados de vigilia de forma muy variable.*

Evaluación:

La paciente es receptiva a las instrucciones sobre el cuidado de su bebe, ha adoptado una conducta independiente en su nuevo rol de materno, ha tomado el control de la situación, además expresa que gracias al apoyo de su esposo y familiares ha mejorado su confianza para tomar nuevas responsabilidades en el cuidado de su bebe.

APRENDIZAJE:

DX: Déficit de conocimientos de los métodos para la planificación familiar R/C el uso de los métodos anticonceptivos manifestado por referir el desconocimiento sobre el uso de los mismos.

Objetivo:

- La paciente conocerá el uso de los distintos métodos para la planificación familiar.

Plan de atención:

Intervenciones:

- Discutir las actitudes de la paciente acerca de los diversos métodos de control de la natalidad.
- Evaluar la capacidad y la motivación de la señora y su compañero para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.
- Determinar el conocimiento de la paciente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.
- Explicar el ciclo reproductor a la paciente si es preciso.
- Explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.
- Dramatizar en lo posible la situación, ofreciendo soluciones optimistas a las cuestiones planteadas.
- Valorar el conocimiento de la paciente sobre la fisiología de la menstruación.
- Instruir al la paciente respecto a los métodos alternativos de anticoncepción.
- Proporcionar material escrito con instrucciones respecto a la

Fundamentacion

- *El aprendizaje es un acto voluntario y no automatismo fisiológico.*
- *Conocer el nivel de comprensión de la paciente capacita a la enfermera a clarificar la mala información y planear la instrucción adecuada.*
- *La información oportuna permite a la paciente optar por el método de anticoncepción mas adecuado de acuerdo a sus necesidades.*
- *Mucho problemas sexuales se deben a la ignorancia sobre el tema de educaron sexual.*
- *El conocimiento establece una base para la información sobre los métodos de anticoncepción.*
- *La instrucción verbal puede ser reforzada mediante materiales visuales que pueden ser revisados después de la plática.*

planificación familiar.

- Orientar a través de trípticos, imágenes, que sean descriptivos para señora CRM.
- Canalizar al sistema de salud para dudas posteriores relacionadas con la planificación familiar y futuros embarazos.

Evaluación:

La paciente menciona que le fue muy provechosa la información dada sobre los métodos para la planificación familiar, la cual tomara en cuenta para su cuidado sexual además de que esto le permitirá llevar un mejor control en la toma de decisión para sus embarazos futuros y lamenta que su esposo no haya podido estar presente en la platica, pero que ella tratara de explicarle los diferentes métodos anticonceptivos para así utilizar el método mas adecuados para ellos como pareja.

CONCLUSIONES:

Todos los días jóvenes entre 15 y 19 años inician su vida sexual, pero la mayoría no utilizan métodos para prevenir embarazos no deseados ni enfermedades de transmisión sexual, muchos no están minimamente informados al respecto, lo cual significa que actúan en consecuencia y que la acción sin duda le gana a la flexión.

un embarazo en esta etapa de la vida conlleva a menores oportunidades de educación o el abandono total de los estudios, por parte de la madre pero sin duda algo muy importante también es que implica el fortalecimiento del círculo de la pobreza en este sentido cabe señalar que la mayoría de los embarazos adolescentes ocurren en jóvenes en situación de pobreza y de escasa escolaridad, quienes tienen que asumir la responsabilidad de la crianza del bebé, muchas de estas madres se convierten en jefas de hogar con bajos ingresos, dentro de los factores que predisponen a las adolescentes está la menstruación temprana, el inicio de la vida sexual activa precoz con entorno familiar disfuncional, bajo nivel educativo, la migración, y a falta de información sobre sexualidad, lo cual incluye las falsas ideas entorno a este tema así mismo mantener relaciones sexuales desprotegidos, falta de los anticonceptivos y el abuso sexual

La aplicación de los diagnósticos del Proceso Atención de Enfermería nos da como resultado el logro de los objetivos planteados inicialmente, en un 80% sin embargo aunque estos no se cubrieron en su totalidad puedo mencionar que se logro dar un cambio en las expectativas de la señora C.R.M. de acuerdo a su autocuidado en esta etapa, proporcionando información, orientación, sobre las dudas que en ese momento presentada la señora, así como también se logro con ayuda de los familiares dar una mas confianza en si misma y ayudar a que toma una actitud mas cómoda y segura con los familiares de su esposo, esto permitió que la señora reconociera que no estaba sola que contaba la ayuda de sus familiares y del personal de salud. Además que la paternidad no es algo con lo

cual se nace sino que se aprende día con día, con la ayuda del personal adecuado, ya sean familiares, o personal del área de la salud.

En vista de esto es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable. Asimismo, es necesario crear y fortalecer centros de apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como emocional.

SUGERENCIAS

La comunicación en la familia es un factor muy importante para prevenir embarazos no deseados durante la adolescencia ya que los jóvenes en esta etapa de la vida están en la búsqueda de su identidad, de tener mas libertad para la toma de sus desiciones, y cuando no existe apoyo, comprensión, y una buena comunicación en el seno familiar, esto además de los problemas que se originan dentro de la familia propician el aislamiento de los hijos hacia los padres. Mi recomendación no solo es trabajar con los jóvenes adolescentes sino tambien educar a la familia sobre como comunicarse mejor con sus hijos, de tener mas confianza en ellos y que al darles libertades también implica darles ciertas responsabilidades, para que ellos tambien vayan descubriendo por si mismos que todo acto tienen una consecuencia, y hacerles ver que es obligación de los padres tocar temas relacionados con la educación sexual con sus hijos y que esto no significa que los están induciendo a tener relaciones sexuales sino a que estén sean llevadas acabo con las medidas de seguridad para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Para ello es necesario que durante las prácticas de enfermería de cuidados de enfermería del niño y adolescente además de tocar estos temas con los adolescentes tambien se lleven acabo pláticas con los padres para enriquecer todavía la enseñanza en la familia.

GLOSARIO:

Ablactacion. Es un término que se utiliza para referirse al momento de la introducción de alimentos diferentes de la leche materna y, agregamos, de un sucedáneo de la leche materna, a la dieta del niño. Se recomienda usar el término Introducción de alimentos.

Aborto. Expulsión del producto de la concepción, durante las primeras 20 semanas de embarazo, pesando 499 gramos o menos y no tiene nombre especial después de su expulsión, se llama simplemente «producto de aborto».

Aborto completo. Expulsión completa o extracción del organismo materno, de un producto de 20 semanas o menos, sin importar que el aborto sea espontáneo o inducido.

Aborto incompleto. Expulsión de una parte del producto, reteniéndose el resto en la cavidad uterina.

Aborto habitual. Es el que ocurre espontánea y consecutivamente en tres o más ocasiones.

Adolescencia. Época de la vida que se extiende desde los primeros signos de pubertad, hasta el desarrollo completo de los caracteres sexuales.

Alimentación complementaria. Término usado en Pediatría para referirse a la alimentación que se le ofrece al lactante, además de la leche materna u otras fórmulas utilizadas para su alimentación una vez que se ha establecido la introducción de alimentos.

Amenaza de aborto. Presencia de sangrado procedente de la cavidad uterina o de dolor pélvico determinado por la contracción uterina y que no se acompaña de modificaciones cervicales.

Amenorrea. Falta de la menstruación por más de 60 días.

Bajo peso al nacer. Recién nacido con peso inferior a 2 500 gramos.

Destete. Suspensión de la alimentación al pecho materno. El término literalmente significa "quitar la teta" y se refiere a la sustitución de la leche humana por otros alimentos. Se recomienda que el proceso sea gradual.

Dismenorrea. Se refiere a la menstruación que se acompaña con dolor.

Distocia. Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Dispareunia. Presencia de dolor durante el coito.

Edad del embarazo. Duración aproximada que tiene el proceso gravídico, desde su inicio hasta un momento determinado. La estimación se hace preferentemente en semanas.

Edad gestacional. Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas.

Embarazo de pretérmino. Embarazo que se encuentra entre 28 y 36 semanas.

Embarazo de término. Edad de gestación entre las 37 y 41 semanas.

Embarazo de postérmino o posmaduro. Es el que dura más de 42 semanas.

Embarazo de alto riesgo. Es aquel en que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del suceso reproductivo. **Embarazo ectópico.** Implantación y nidación del huevo fuera de la cavidad uterina.

Embarazo molar. Anomalía del desarrollo del corion, caracterizada por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales; proliferación del trofoblasto y alta producción de hormona gonadotrófica coriónica, acompañada o no de embrión o feto.

Embarazo múltiple. Gestación con dos o más productos.

Embrión. Producto de la concepción desde la fecundación y durante las primeras doce semanas completas de su desarrollo.

Estado grávido puerperal. Proceso biológico que comprende desde el inicio del embarazo hasta la terminación del puerperio.

Esterilidad primaria. Pareja que no ha logrado un embarazo, después de dos años de intentarlo.

Esterilidad secundaria. Pareja que después de uno o varios embarazos, no ha logrado una nueva gestación luego de dos años de intentarla.

Encajamiento. Grado de introducción del diámetro mayor de la presentación fetal por abajo del estrecho superior de la pelvis, en el que el vértice de la misma se encuentra en el tercer plano de Hogde.

Eutocia. Corresponde al parto normal, con feto en presentación cefálica de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda o maniobras especiales, a la madre o al feto.

Esperanza de vida al nacer. Es la estimación del número de años que un recién nacido puede vivir, si las tasas específicas de mortalidad por edad permanecen constantes.

Eumenorrea. Menstruación normal.

Fecha probable del nacimiento. Para su cálculo se adicionan siete días al primer día de la última menstruación y se restan tres meses de calendario o bien se agregan 40 semanas.

Feto. Producto de la concepción, desde la decimotercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.

Introducción de alimentos. Es la incorporación a la dieta del niño de alimentos distintos a la leche materna. La introducción de estos alimentos debe hacerse en forma gradual y progresiva a partir del cuarto mes de vida del niño. Lo anterior no significa la interrupción de la lactancia, sino que será complemento en la alimentación. *No es indispensable guardar una secuencia específica en el orden de la introducción, pero sí es fundamental dar al niño los alimentos con la preparación e higiene adecuadas.*

Mortalidad materna. Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por 10 000 nacidos vivos; o por 100 000 si el número de muertes es bajo.

Mortalidad perinatal. Indica el número de muertes prenatales y neonatales. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.

Mortinato. Producto de un embarazo de más de 20 semanas, que después de terminar su separación del organismo materno no respira ni manifiesta ningún signo de vida. El término no es sinónimo de muerte fetal ni de recién nacido muerto.

Multigesta. Mujer que ha tenido más de un embarazo.

Múltipara. Mujer que ha tenido más de un parto de uno o más fetos viables.

Muerte intraparto. La que ocurre durante el trabajo de parto.

Muerte neonatal. Muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.

Muerte prenatal. Muerte del producto in útero, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.

Nuligesta. Mujer que nunca se ha embarazado.

Nulípara. Mujer que nunca ha parido un feto viable.

Óbito fetal. Muerte in utero del producto después de la 20 semana de gestación.

Oligohidramnios. Cantidad disminuida del líquido amniótico.

Ovarios: Son los órganos primarios del sistema reproductor. En su interior se localizan las células sexuales femeninas llamadas ovocitos.

Parto. Proceso mediante el cual el producto de la concepción ya viable y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales

Parto de producto de término. Expulsión de un feto de 37 a 41 semanas de edad intrauterina y que pesa más de 2 500 gramos.

Parto de producto prematuro. Expulsión del feto que ha cumplido 28 semanas y antes de que cumpla 37. El peso del producto es de 1 000 a menos de 2 500 gramos.

Parto de producto inmaduro. Expulsión del feto después de la semana 20 y antes que cumpla 28. El producto pesa de 500 a menos de 1 000 gramos.

Periodo prenatal. Se extiende desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

Polihidramnios. Cantidad excesiva de líquido amniótico (convencionalmente un monto mayor a 1 500 mililitros).

Posición. Relación que guarda el punto toconómico de la presentación, con el lado derecho o izquierdo de la madre.

Presentación. Es la parte del producto, que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis, que es de tamaño suficiente para llenarlo y que sigue un mecanismo determinado durante el parto.

Primigesta o primigrávida. Mujer que cursa con su primer embarazo.

Primípara. Mujer que ha tenido un parto de un feto viable.

Producto de la concepción. Es el resultado de la unión de los gametos masculino y femenino, desde que ésta se realiza hasta el momento del nacimiento. Se denomina también embrión o feto, según el periodo de desarrollo.

Producto macrosómico. Que pesa al nacer más de 4 kg.

Producto posmaduro. Es el recién nacido de un embarazo de más de 42 semanas de duración, sin importar el peso del mismo.

Punto toconómico. Punto de referencia del feto, que varía de acuerdo a las diversas presentaciones.

Recién nacido. Producto de la concepción proveniente de un embarazo mayor de 20 semanas, desde que ha terminado su separación del organismo materno, hasta que cumple 28 días de nacido. El término se emplea tanto para los productos que nacen vivos como para los mortinatos.

Situación. Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

Sufrimiento fetal. Estado crítico del feto debido a una alteración en el intercambio metabólico entre éste y la madre, que le produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas y endocrinas, manifestadas por hipoxia, desequilibrio ácido-base y alteraciones en la frecuencia cardíaca.

Trompas de Falopio: Transportan los ovocitos desde los ovarios al útero y permiten el paso de los espermatozoides hasta el sitio de la fecundación.

Útero: Es un órgano hueco, piriforme. Presenta una parte superior ancha que corresponde al cuerpo uterino en cuya cavidad interior se anida y desarrolla el embrión; y una parte inferior angosta o cuello del útero, que tiene forma cilíndrica y mide aproximadamente 2 a 3 cm. de largo. La superficie interior del cuello limita con un orificio interno que mira a la cavidad uterina y uno externo que mira a la vagina. Entre ambos orificios corre un canal cuya superficie presenta pliegues que determinan la formación de criptas o reservorios, donde se produce el moco cervical y pueden almacenarse los espermatozoides o gametos masculinos.

Variedad de posición. Es la relación que guarda el punto toconómico de la presentación, con la mitad anterior o posterior de la pelvis materna.

Vagina: es un órgano tubular, fibromuscular que se ubica entre la vulva y el cuello uterino, y termina en los fondos de saco alrededor del cuello del útero.

BIBLIOGRAFIA

Ahued Ahued José Roberto, Un Enfoque perinatal. Instituto Nacional de Perinatología, Editorial Editores de Textos Mexicanos, México, D.F. (2004),

Atkinson, Leslie, D. et al, Guía clínica para la Planeación de los Cuidados Editorial Mc Graw Hill- Interamericana, México, (1997)

Aukamp, Virginia, Planes de Cuidados de Enfermería Materno Infantil. Ed. Doyma, España (1984).

Carpenito Jall, Lynda. Diagnostico de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana, México D.F. (1989)

Conesa Hernández J., Fundamentos de Enfermería Teorías y Métodos, Editorial Mc- Graw Hill Interamericana, Madrid, España (1999)

Gómez López, Raúl Rutilo, Ostiguín Meléndez Rosa María, Manual de Obstetricia Manual de Apoyo, 4ª. versión, Enero 2004.

Instituto Nacional de Perinatología, Manual para Educadores en Salud perinatal, Editorial Trillas, México, D.F. (2001)

Iyer Patricia W. Et. Al; Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana, 2ª. Edición, España. 1993.

Kozier, Erb, Olivieri, Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica, 4ta. Edición, Editorial Mc- Graw Hill Interamericana, México. D.F, (1994)

Lépori Luis Raúl, Gestación. Miniatlas. Editorial Sociedad Impresora Americana SAIC, 1ª. Edición. Buenos Aires, Argentina. (2004)

Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Brace, 4ª. Edición. Madrid España. (1999)

Martín, Tucker, Susan, Normas de Cuidados del Paciente, edit. Harcourt Brace, 6ª. Edición. Madrid España, (1997)

Sharp & Dohme, Manual de Merck.Madrid, España. 2005.

Torrens, Sígaes Rosa Maria Et Al Enfermería de la Mujer, Ed. Avances de Enfermería, México D.F. (2001)

Tortora Gerard, J. Reynolds Grabowski Sandra, Principios de Anatomía y Fisiología, Ed. Oxford, México D.F.(2001)

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

DATOS GENERALES:

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____.
Ocupación: _____ Estado civil: _____
Religión: _____ Escolaridad: - _____
Institución de salud donde acude: _____.

VALORACIÓN DE NECEDIDADES:

1 Necesidad de Oxigenación.

¿Tiene algún problema para respirar?: Si. ___ No _____

Descríbalo: _____

Observaciones: _____

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

¿Tiene algún problema relacionado con su alimentación o su ingestión de alimentos?:

Si. ___ No. ___

Descripción: _____

Observaciones _____

3.- Necesidad de Eliminación.

¿Tiene algún problema para orinar?: Si. ___ No: ___

Descríbalo: _____

Observaciones: ___ - _____

¿Tiene algún problema para defecar?: Si: ___ No _____

Descríbalo: _____

Observaciones: _____

4.- Necesidad de Moverse y mantener un buena postura.

¿Tiene algún problema para movilizarse?: Si. ___ No. ___

Descríbalo: _____
Observaciones: _____

5.- Necesidad de Descanso y sueño.

¿Tiene algún problema para dormir?: Si No: ____
Descríbalo: _____

Observaciones: _____

¿Tiene algún problema para descansar?: Si. ____ No. ____
Descríbalo: _____
Observaciones: _____

6.- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.

¿Tiene algún problema para vestirse?: Si: ____ No: ____
Descríbalo: _____
Observaciones: _____

7.- Necesidad de Termorregulación

¿Tiene algún problema para mantener su temperatura corporal?: Si: ____ No: ____
Descríbalo: _____
Observaciones: _____

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel.

¿Tiene algún problema para realizar su higiene personal?: Si ____ No ____
Descríbalo: _____
Observaciones: _____

9.- Necesidad de Evitar peligros.

¿Existe algún factor que ponga en riesgo su salud?: Si. ____ No. ____
Descríbalo: _____
Observaciones: ____

10.- Necesidad de Comunicarse:

¿Tiene algún problema para comunicarse con los demás?: Si: ____ No: ____

Describalo: _____

Observaciones: _____

11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores:

Cuáles son los valores morales más importantes en su vida: _____

¿Profesa usted alguna religión?: _____ ¿Cual?: _____

Describalo: _____

Observaciones: _____

12.- Necesidad de Trabajar y realizarse

¿Tiene algún problema para realizar sus labores del hogar? : Si: ____ NO: ____

Describalo: _____

Observaciones: _____

13.- Necesidad de Jugar /participar en actividades recreativas

Realiza actividades recreativas: Si ____ No ____

Describe: _____

Observaciones: _____

Realiza actividades deportivas: Si ____ No ____

Describe: _____

Observaciones: _____

14.- Necesidad de Aprendizaje

Tiene alguna dificultad para cambiar su forma de vivir en beneficio de su salud:

Si ____ No: _____

Describe: _____

Observaciones: _____

SIGNOS VITALES:

Respiración frecuencia: _____

Pulso frecuencia: _____

Temperatura: _____

Características: _____

Características: _____

Tensión arterial: _____

Exploración física