



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



*PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

*APLICADO A UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PUERPERIO  
FISIOLÓGICO CON ALTERACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELIMINACION  
SEGÚN EL MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINA HENDERSON*

*QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA*

*PRESENTA*

*LEONORILDA HERNÁNDEZ RODRIGUEZ*

*N° CUENTA 09971072-7*

*ASESORES ACADEMICOS:*

---

*LEO ISABEL CRISTINA PERALTA REYES*

*Ciudad de México, 2016*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *AGRADECIMIENTOS*

A Dios por estar siempre presente en mi vida demostrándome su inmenso amor, abriéndome las puertas a muchas oportunidades y dándome la fuerza y la sabiduría para enfrentar las adversidades.

Gracias a mis padres Isidoro Hernández Chargoy y Claudia Rodríguez Salas por los valores que me inculcaron, porque con su ejemplo de vida me han enseñado y motivado a luchar por lo que quiero.

A mi esposo Luis Manuel Parra Escorza quien me motivo a continuar y culminar con este proceso, gracias por tu amor, paciencia y apoyo.

A mis hijos Sandra Parra Hernández y Luis Alberto Parra Hernández, que son mi motivo más grande de lucha y esfuerzo por superarme y lograr mis objetivos, gracias mis amores por su gran apoyo los amo.

Gracias a José Alonso Sánchez Arenas con mucho cariño por tu paciencia y dedicación en la elaboración de este proyecto.

Gracias a mis maestras Isabel Cristina Peralta Reyes e Irma Valverde Molina por su infinito apoyo y por motivarme a lograr mi titulación.

## CONTENIDO

1. Introducción.....	
2. Justificación.....	
3. Objetivos.....	
4. Metodología del trabajo.....	
5. Marco teórico.....	
5.1 Antecedentes históricos	
5.1.1 Florence Nightingale.....	
5.1.2 Virginia Henderson.....	
5.2 Definición de Enfermería.....	
a) Teórico-Fisiológico.....	
b) Ejercicio Profesional.....	
5.3. Paradigma.....	
5.4. Metaparadigma.....	
5.5. Proceso de Atención de Enfermería.....	
5.5.1 Valoración.....	
5.5.2 Diagnóstico de Enfermería.....	
5.5.3 Plan de Atención.....	
5.5.4 Ejecución.....	
5.5.5 Evaluación.....	
5.6. El modelo de Virginia Henderson.....	
5.7. Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.....	
5.7.1 La Persona: 14 Necesidades Básicas.....	

5.7.2 La Salud.....	
5.7.3 En el Rol Profesional: Cuidados Básicos de Enfermería.....	
6. Marco Referencial.....	
6.1 Presentación del Caso.....	
6.1.1 Valoración de las 14 Necesidades del Caso.....	
7. Jerarquización de las Necesidades.....	
8. Plan de Intervenciones de Enfermería.....	
9. Conclusiones.....	
10. Anexos.....	
11. Glosario.....	
12. Bibliografía.....	

## 1. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Es un método dinámico y sistematizado de brindar cuidados enfermeros, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia.

A través del desarrollo y exposición del presente trabajo se abordara la valoración a un paciente con diagnóstico de Puerperio Fisiológico, aplicado en el proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson conforme a las 14 Necesidades Básicas.

Incluye así mismo la presentación del caso clínico, jerarquización de las necesidades básicas, diagnósticos de enfermería, la planeación, implementación y evaluación de los cuidados, la conclusión, glosario de términos y datos bibliográficos.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es realizado a fin de ayudar a cualquier individuo, familia, comunidad a satisfacer sus necesidades humanas básicas y desde un enfoque bio-psico-socio cultural podemos describir que causa el puerperio fisiológico en la sociedad, al usuario y a la familia; así como los órganos que altera, principalmente el útero.

El modelo de Virginia Henderson resulta idóneo para guiarnos en la valoración del usuario y así poder implementar aquellas medidas para un cuidado holístico e integrar al individuo nuevamente a la sociedad.

El presente trabajo es con el propósito de obtener el título profesional de licenciada en enfermería y obstetricia.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Evaluar mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a una paciente de Puerperio Fisiológico, integrar un marco teórico de conocimientos, técnicas y habilidades que permitan la satisfacción de sus necesidades, desarrollando acciones de educación para la salud en la paciente y su familia.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Realizar una valoración general de la paciente de puerperio fisiológico.
- ❖ Identificar y jerarquizar las necesidades conforme a sus problemas de salud reales y/o potenciales.
- ❖ Definir los diagnósticos de enfermería a partir de las necesidades alteradas.
- ❖ Elaborar los planes de intervenciones de enfermería.
- ❖ Realizar la implementación y evaluación de las intervenciones, encontrando alternativas para el mejoramiento en la calidad de vida del usuario en el sentido físico, psicológico y espiritual.



## **4. METODOLOGIA**

Los instrumentos que se utilizaron y técnicas que se utilizaron para realizar el proceso de atención de enfermería fueron los siguientes: la observación, las fichas de trabajo, la entrevista, la historia clínica, la valoración, planeación, ejecución y la evaluación.

### **La Observación**

Mediante esta técnica fue posible, conocer la problemática en cuanto a signos y síntomas que la paciente presenta como consecuencias del puerperio fisiológico. Así como también observar las necesidades bio-psico-socioculturales, que deben satisfacer en su estancia hospitalaria y en su hogar.

### **Las Fichas de Trabajo**

Por medio de este instrumento fue posible recopilar de manera más rápida y concreta toda la información sobre los aspectos de anatomía, fisiología y patología; fue necesario para conformar la metodología del puerperio fisiológico. De esta manera se pudieron conformar las fichas bibliográficas sobre el útero, órganos reproductores femeninos y glándula mamaria.

### **La Entrevista**

A través de esta técnica fue posible conocer la historia clínica de la paciente, así como sus principales inquietudes de los familiares sobre su estancia hospitalaria. En la entrevista participaron: su esposo y médico tratante.

### **Historia Clínica**

Sirvió para conocer los datos de identificación de la paciente, sus necesidades fisiológicas, socioculturales y el padecimiento actual.

### **Valoración**

La técnica de la exploración física, nos permite dar un diagnóstico de enfermería y de realizar un plan de atención; de acuerdo a las necesidades básicas que propone Virginia Henderson desde su perspectiva.

### **Planeación**

Para la planeación se tiene que formular un plan de cuidados de enfermería, se lleva a cabo estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los

Problemas identificados en el diagnóstico y así tratar de regresar al paciente a sus actividades cotidianas.

### **Ejecución**

Durante esta etapa se pone en práctica las intervenciones planificadas de enfermería durante la jerarquización de necesidades, para lograr los resultados propuestos.

### **Evaluación**

En esta etapa se realizara la observación de nuestras intervenciones de enfermería hacia el paciente y si estas acciones fueron eficaces.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS**

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

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

#### **5.1.1 Florence Nightingale**

(1810 – 1920)

Enfermera nacida en Florencia, ofreció sus servicios en la guerra de Crimea (1854) en los campos de batalla del ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyo a corregir los problemas de saneamiento (condiciones higiénicas en general), en Londres fundo una escuela de enfermeras, y es considerada como fundadora de las escuelas de enfermería profesionales.<sup>1</sup>

#### **Sus Aportaciones Pueden Considerarse a Dos Niveles:**

##### **a) En el Ámbito General de la Disciplina Enfermera:**

- ❖ Inicio de la búsqueda de un cuerpo de conocimiento propios de la enfermería.
- ❖ Organizo las enseñanzas y la educación de la profesión.
- ❖ Inicio la investigación enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

## **b) Aportaciones Asociadas:**

- ❖ Inicio la organización de la enfermera militar.
- ❖ Fue la pionera en utilizar las estadísticas, la epidemiología y los conceptos de higiene, saneamiento dentro de la enfermería

Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.<sup>2</sup>

Desde 1852 hasta 1996 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 1996, que surge la teoría de Virginia Henderson.

### **5.1.2 Virginia Henderson**

(1897-1996)

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri; su interés por la enfermería se desarrolló durante la primera guerra mundial, graduándose como enfermera en 1921 y se especializo .como enfermera docente.

Tras años de labor docente, asistencial e investigadora, Virginia Henderson da a conocer lo que será sin duda una definición de la disciplina enfermera, en su conocida afirmación de la función propia de la enfermera. “La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”<sup>3</sup> Esta definición fue adoptada por el Congreso Internacional de Enfermeras (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.

#### **Los Elementos más importantes de su teoría son:**

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introdujo y desarrollo el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

---

<sup>2</sup> Catalina García Martin-Caro P.P137, Historia de la Enfermería.

<sup>3</sup> Carmen Fernández Ferri P.P VII, VIII, El Proceso de Atención de Enfermería.

- ❖ Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “Los Cuidados Enfermeros”.

Según esto una actividad se establece en tres niveles:

I. Auto acción. Actividad realizada por uno mismo. En este caso, la persona posee las capacidades requeridas (conocimientos y habilidades).

II. Acción de apoyo .Si necesita ayuda de otra persona, que por sus conocimientos, experiencia, etc., completa la capacidad de la que ha de llevar a cabo la acción.

III. Acción profesional. Si la acción requiere de aptitudes específicas que solo pueden ser llevadas a efecto por un experto en la materia.

La actividad de cuidar en los primeros niveles descritos la ejercen las personas de forma habitual. Pero si la complejidad de la acción requiere de las capacidades específicas y de acciones basadas en principios de la ciencia, se precisa la intervención de un experto. A esta intervención se le denomina enfermería.<sup>4</sup>

### **a) Aspecto Teórico-Filosófico**

La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente para ayudarlo en su recuperación.

Textualmente Nightingale escribe que enfermería es el “uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración y con el menor gasto de energía por el paciente.”<sup>5</sup>

Desde la mitad del siglo XX, una serie de enfermeras teorizantes han desarrollado su visión particular de enfermería, definiéndola de forma explícita en sus respectivas teorías, sistemas conceptuales, modelos etc. Pero a pesar de las diferencias entre estas definiciones, lo que es cierto es que existe un aspecto común en todas. En nuestra opinión y adoptando los valores y creencias de Dorotea Orem, se podría definir la enfermería de forma genérica como conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cada uno de ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.

---

<sup>4</sup>Carmen Fernández Ferrin P.P 3 El Proceso de Atención de Enfermería.

<sup>5</sup> Carmen Fernández Ferrin P.P El Proceso de Atención de Enfermería.

## **b) Aspecto de la Práctica Profesional**

Desde esta perspectiva, también fue Florence Nightingale la pionera en situar la enfermería como “un arte o destreza de la salud que cada madre, muchacha, esposa, maestra, niñera, cada mujer, debe de aprender prácticamente.”

En la actualidad, las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional, destacando la propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejercicio profesional como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

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

Como se puede observar, la acción de enfermera se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, sino las respuestas que mantienen incomoda a la persona.

## **c) El Cuidado como Objeto de la Disciplina Enfermera**

El cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe de ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que prestamos enfermería en el contexto de la atención de la salud. Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión.<sup>6</sup>

## **5.3 PARADIGMA**

Se define a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. (Por el filósofo Thomas Jun.; 1970 y el filósofo Capra; 1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental; paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

### **Disciplina**

Es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos en el área de la enfermera y

---

<sup>6</sup> Catalina García Martin-Caro P.P 177, 178, 179, Historia de la Enfermería.

Según relata K rouac, los autores han propuesto, entre otros, los siguientes paradigmas:

### **Paradigma de la Categorizaci3n**

Según los paradigmas de la categorizaci3n, los fen3menos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En la ciencia de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad, además inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.

### **Paradigma de la integraci3n**

Prolonga el paradigma de la categorizaci3n recorriendo los elementos y las manifestaciones de un fen3meno e integrado el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientaci3n enfermera hacia la persona.

### **Paradigma de la Transformaci3n**

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, entiende cada fen3meno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. En este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Resumiendo, una visi3n lineal, unicausal (paradigma de la categorizaci3n) ha dominado las ideologías y la formaci3n en el curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificaci3n. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacci3n con el entorno (paradigmas de la integraci3n y de la transformaci3n).

La relaci3n particular entre los conceptos “cuidados”, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina, enfermera.<sup>7</sup>

## **5.4 METAPARADIGMA**

Es la perspectiva más global de una disciplina., representa el gran marco te3rico de esta, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas, el metaparadigma identifica los fen3menos propios de la disciplina y la perspectiva general adoptada para observarlos.

### **Disciplina**

Una disciplina ha sido definida como una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fen3menos, los que definitivamente determina los límites y la naturaleza de sus investigadores (Donaldson y Crowley, en 1978).

---

<sup>7</sup> Suzanne Kerouac, P.P 12,18,24,25, El Pensamiento Enfermero.

Una disciplina incluye una rama específica de conocimiento, los principios que rigen este conocimiento y las formas en que su orden y unas normas son aplicadas al conocimiento.

La disciplina de enfermería, según Casper (1978) incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente diferenciados entre sí: conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral), conocimiento ético (el arte de enfermería) conocimiento personal (auto conocimiento).

El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas, constituyen la totalidad del conocimiento enfermero, el cual está en continua a causa de los cambios y avances que se generan a partir de las investigaciones.

### **Teoría**

Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistemática de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina, que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

La teoría tiene conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina., al relacionar estos conceptos entre si se constituyen afirmaciones teóricas.

### **Fenómeno**

Un fenómeno son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consiente. Los fenómenos de una disciplina son todos los aspectos que inciden en su área de competencia.<sup>8</sup>

Un fenómeno es un término, descripción o nivel, usado para identificar una idea acerca de un acontecimiento, una situación, un proceso o un grupo de acontecimientos o situaciones.

## **5.5 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

El desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales, no pueden comprenderse sin el aporte fundamental de Virginia Henderson, que a lo largo de su dilatada y

---

<sup>8</sup> Carmen Fernández Ferrin, P.P 135,138, Enfermería Fundamental.

Fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de la enfermería.

El proceso de atención es la metodología que permite actuar de modo sistemático al planificar la intervención de enfermera.

El término “Proceso de Enfermería” indica la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planear y proporcionar los cuidados de enfermería. Es la aplicación de solución de problemas, o científico a la práctica de enfermería, el proceso proporciona una estructura lógica en la que puedan basarse los procesos de enfermería. El proceso tiene como elementos esenciales el ser planeado centrado en el individuo (Paciente), familia o una comunidad, orientado a problemas dirigidos a metas.<sup>9</sup>

Las enfermeras utilizan planteamientos teóricos para guiar y respaldar cada componente del proceso, actúan como miembros del equipo de salud por medio de sus actividades independientes, interdependientes y dependientes dentro del sistema de cuidados de salud, sirviendo como abogado del individuo (Paciente) y asumiendo la responsabilidad ante él. La relación de paciente-enfermera es interdependiente, basadas en las percepciones, valores y metas personales. Los pacientes son participantes activos en cada paso del proceso de enfermería a través de una decisión mutua.<sup>10</sup>

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.<sup>11</sup>

Las palabras de Alfaro (1998) el proceso enfermero “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados”. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo cuenta con una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.<sup>12</sup>

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hacen necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere de una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

---

<sup>9</sup> Beverly Witter Du Gas, P.P 73, Tratado de Enfermería Practica.

<sup>10</sup> Janet W. Griffith P.P 4, Proceso de Atención de Enfermería.

<sup>11</sup> Rosalinda Alfaro, P.P 6, Aplicación del Proceso de Enfermería.

<sup>12</sup> María Teresa Luis Rodrigo, P.P 3, El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI.



## **Importancia del Proceso de Enfermería**

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona las bases para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

## **Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

El proceso se organiza en 5 etapas clínicas, interrelacionadas y progresivas:

- ❖ Valoración
- ❖ Diagnóstico de Enfermería
- ❖ Planeación
- ❖ Ejecución
- ❖ Evaluación

### **5.5.1. VALORACION**

Valoración: recogida de datos antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos, la valoración es la primera etapa del proceso de enfermería dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial, ya que a lo largo de esta etapa se ha de obtener la información del paciente.

La recogida de datos es en forma organizada y sistemático cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores que guíen la determinación de problemas reales, potenciales o posibles en el individuo, familia o comunidad y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro.

Este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

- ❖ Obtención
- ❖ Validación
- ❖ Organización de los Datos
- ❖ Registro de los Datos

## **Obtención de los Datos**

La recogida de los datos empieza con el primer contacto entre el paciente/cliente y es el sistema de cuidados de salud. Es el proceso que permite reunir información específica sobre el individuo, los datos recogidos se pueden clasificar en:

- a) Información actual, o pasada, que procede del mismo paciente o individuo (fuente principal).
- b) Objetivos o subjetivos., los primeros son observables, medibles y se obtienen básicamente a través del examen físico., los segundos, por el contrario se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
- c) Generales o focalizados: ya se trata de información básica sobre los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del individuo, ya que datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son varias y entre ellas, la principal es el propio individuo, la familia o las personalidades allegadas, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son., básicamente:

- ❖ Entrevista
- ❖ Observación
- ❖ Examen Físico

### **Entrevista**

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

### **Observación**

Consiste en el uso de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el individuo (Paciente), la familia y personas allegadas y el entorno, así como sobre las interacciones en estas tres variables.

### **Examen Físico**

La valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas emplea cuatro técnicas específicas:

- 1) Inspección

2) Palpación

3) Percusión

4) Auscultación

1. **Inspección** u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, posición, localización anatómica, color, movimientos, simetría, etc.

2. **Palpación** o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

3. **Percusión** o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústicos de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.

4. **Auscultación** o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa. Aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

### **Validación**

Asegura que la información recogida sea veraz y completa, a fin de evitar errores de diagnóstico y conclusiones precipitadas.

### **Organización**

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de la valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

### **Registro de Datos**

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación de enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado de salud actual de satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, familia o la comunidad.

### **5.5.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

Análisis de los datos y formulación de un juicio o conclusión sobre la situación.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del individuo, que pueden ser modificadas por la intervención de la enfermera.

Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y la conduce a una decisión o a una opinión.

Según Shoemaker, 1985; considerada el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos”.

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA) (1990) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de una respuesta humana de un individuo o comunidad a su estado de salud y a menudo se expresa como alteraciones reales o potenciales de esta. Puesto que la respuesta humana está influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso avalara que es lo que hace y en qué se diferencia esta labor de las de los otros miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener

Conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que deben hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.<sup>13</sup>

### **Los Diagnósticos se Clasifican Según Características. Según Carpenito un Diagnostico Puede ser de Bienestar, Real, de Alto Riesgo o Posible.**

- ❖ El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- ❖ El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales, que existen en un individuo, familia o comunidad.
- ❖ El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar
- ❖ El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para afirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe de constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se describen como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

### **5.5.3. PLANEACIÓN**

Identificación de los objetivos que se han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.

La tercera etapa del proceso de atención de enfermería es la planeación es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

## **Establecimientos de Prioridades**

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera, el paciente y la familia determina, en conjunto cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería.

## **Determinación de Objetivos (metas esperadas)**

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta al remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y por lo tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de las respuestas humanas (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

## **Planeación de las intervenciones de enfermería**

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico acción son un elemento de control de enfermería.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

### **Características de las Órdenes de Enfermería**

Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza en el sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que deben tomar y las consecuencias que deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado. Van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuales son de competencia de la enfermera y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y las habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

### **5.5.4. EJECUCIÓN**

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

La ejecución es la cuarta etapa, es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención?, ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos?, ¿cumple con las reglas de la recolección de datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe ser escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua con la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del individuo.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan, si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicara en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

### **La Revaloración del Plan:**

Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revolución pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso, puede indicar la necesidad de revisión de plan de las siguientes situaciones:

- 1) Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- 2) Que haya surgido un nuevo problema.
- 3) Que el problema haya sido resuelto.
- 4) Que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe.
- 5) Que el objetivo no se logró o solo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró parcialmente.



### **5.5.5 EVALUACIÓN**

Evaluación; determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos.

La evaluación es la última de las etapas del proceso enfermero, debe tenerse presente que está incluida en cada etapa en forma de valoración continuada como parte integral de la relación terapéutica entre la enfermera y el individuo.

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, traje, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. La evaluación es útil a varios propósitos, uno de ellos muy importante consiste en determinar el adelanto del individuo (paciente) para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

#### **El Proceso de Evaluación Consta de Dos Partes**

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

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

#### **Aspecto General y Funcionamiento del Cuerpo**

- ❖ Observación directa, examen física.
- ❖ Examen de la historia clínica.

#### **Señales y Síntomas Específicos:**

- ❖ Observación directa.
- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ Examen de la historia.

#### **Conocimientos:**

- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ Cuestionarios (test).

### **Capacidades Psicomotoras (habilidades):**

- ❖ Observación directa durante la realización de la actividad.

### **Estado emocional:**

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

### **Situación espiritual (modelo holístico de salud):**

- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben de ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, vemos 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 aparece 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.<sup>14</sup>

## **5.6 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

### **¿Qué es un Modelo?**

Un modelo es una representación de la realidad: Los modelos se clasifican en dos grupos:

1. Modelos concretos o modelos de la realidad: son una simulación o analogía que reproduce al ya existía en el mundo real.
2. Modelos abstractos o modelos para la realidad: representan un ideal, algo aun inexistente pero cuya materialización se persigue. (un ejemplo de este modelo seria los planos de construcción de un hospital que se desea construir).

---

<sup>14</sup> Janet W. Griffith, P.P 190,191,192,193, Proceso de Atención de Enfermería.

## Modelo Conceptual

Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

Las razones que han llevado a adoptar este modelo conceptual de esta teorizadora son fruto del estudio prolongado y riguroso que realizo, y que se expone a continuación:

- ❖ Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.
- ❖ Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos, expresa ideas profundas y complejas con un lenguaje sencillo y exento de artificios.
- ❖ Su construcción teórica es muy abierta, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adoptarlo a variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situaciones de cuidado (ya sea en centros de hospitalización y/o en la comunidad).
- ❖ Incluye también como parte de la situación de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Henderson incluye “ayudar al paciente a seguir su plan teórico tal como fue iniciado por el médico”.
- ❖ Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.
- ❖ Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno ocuparse de sus propios cuidados.
- ❖ Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida saludable y de mejorar y mantener un entorno sano al afirmar que la persona/familia actúan como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.
- ❖ Sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo, idea plenamente coherente con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cuidados de salud primarios, que prioriza los cuidados de salud preventivos sobre los curativos y destaca la implicación del individuo, familia y comunidad en el logro de las metas de salud.

Propone el método de solución de problemas, es decir, el Proceso Enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten los restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración.

## **5.7. CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

El trabajo de Virginia Henderson fue producto de la preocupación al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

A partir de su definición de enfermería, se obtienen una serie de conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson, que son los siguientes:

1. PERSONA: Necesidades básicas.
2. SALUD: Independencia-causas de la dificultad o problema.
3. ROL PROFESIONAL: Cuidados básicos de enfermería/relación con el equipo de salud.
4. ENTORNO: Factores ambientales/factores socioculturales.

### **5.7.1 LA PERSONA: 14 Necesidades Básicas**

De acuerdo con la conceptualización de enfermería, según Henderson; el individuo o persona, el cual es objeto del cuidado enfermero, es un ser bio-psico-social, que tiene 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas para mantener su integridad física, psicológica y promover su desarrollo y crecimiento. Estas necesidades son:

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 y realizarse.
14. Necesidad de aprendizaje.<sup>15</sup>

## **DESCRIPCIÓN DE LAS 14 NECESIDADES**

### **1. Necesidad de Oxigenación**

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspira) del exterior oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración) del interior de los gases nocivos para la misma. El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles, 1° entre el organismo y el medio ambiente y 2° al interior del organismo entre las células de los tejidos y la sangre (respiración tisular).

La frecuencia respiratoria normal en el adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto, en los bebés varía de 30 a 50 por minuto y disminuye gradualmente hasta la edad de 10 a 12 años de edad en que se iguala a la del adulto.

#### **Principios**

- ❖ Las células de la corteza cerebral pueden resultar lesionadas, si durante más de 30 segundos no reciben oxígeno y tales lesiones son irreversibles, si el periodo de apnea se prolonga, sobreviene la muerte...
- ❖ La función del aparato respiratorio puede ser estimulada o deprimida por la ingestión de medicamentos.
- ❖ Toser, deglutir y estornudar, son mecanismos con los que se eliminan los materiales extraños de las vías respiratorias.
- ❖ Para una ventilación adecuada, el oxígeno que se encuentra en el aire debe ser puro y las vías aéreas permeables.
- ❖ Cuando el paciente permanece en la cama demasiado tiempo, la misma posición comprime el tórax, limita la expansión torácica y por lo mismo impide el movimiento del aire a través de los pulmones.

### **2. Necesidad de Nutrición e Hidratación**

La digestión es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas más sencillas, para la absorción, comprende una fase mecánica y química.

---

<sup>15</sup> Carmen Fernández Ferrin, P.P 4,5,6,7, El proceso de Atención de Enfermería.

Fase mecánica: Los alimentos se humedecen en la boca por medio de la saliva y mediante la masticación y se trituran y muelen para formar el bolo alimenticio que al pasar por otras partes del tubo digestivo, continua siendo agitada y preparada para recibir la acción de los jugos digestivos.

Fase química: Los fermentos digestivos o enzimas, atacan los nutrientes desdoblándolos para convertirlos en moléculas más sencillas, al grado que se pueda efectuar las absorciones en el intestino delgado al torrente sanguíneo.

### **Principios**

- ❖ El apetito y la secreción salival y gástrica se modifican por los estímulos agradables o desagradables.
- ❖ El estómago se vacía de 3 y media a 4 horas, después de una comida normal y bien mezclada.
- ❖ Los carbohidratos se usan principalmente como fuente de energía.
- ❖ La grasa es el principal almacén de reservas alimenticias.
- ❖ El calcio, fosforo, sodio, potasio, yodo, hierro, son importantes para el funcionamiento celular.

### **Características de una Buena Dieta**

- ❖ Completa: en sus nutrientes, es decir, que tenga proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua.
- ❖ Equilibrada: en sus diferentes nutrientes, es decir, que tengan las cantidades necesarias de proteínas, grasa, hidratos de carbono, líquidos, minerales y vitaminas.
- ❖ Suficiente: en su valor calórico, que contenga las cantidades que requiere el organismo para su funcionamiento normal.
- ❖ Adecuada: al momento fisiológico en el que vive el individuo, por ejemplo recién nacido, lactante, escolar, adolescente y adulto.
- ❖ Pura: libre de sustancias patógenas.

### **Hidratación**

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano, el cuerpo en el recién nacido está constituido en un 80% de agua y en el organismo del adulto está presente del 45 al 60%.

Las principales fuentes de líquidos del organismo humanos son:

- ❖ Agua y otros líquidos 1000 a 1500 ml.
- ❖ Alimentos que ingiere 900 1000ml.
- ❖ Por oxidación metabólica 200 a 400 ml.

Total de 2100 a 2900 ml.

La pérdida de líquidos es aproximadamente de:

- ❖ Por la orina de 1000 a 1500 ml
- ❖ Por las heces de 100 a 200 ml
- ❖ Por la piel ( sudor) de 600 a 700 ml
- ❖ Por los pulmones de 400 a 500ml

Total de 2100 a 2900 ml

La sed es el deseo consciente de ingerir agua y es el mecanismo regular del ingreso de líquidos en el organismo.

### **Factores que Afectan el Equilibrio Hídrico**

1. Ingreso insuficiente porque no hay líquidos o por presencia de náuseas o vómito.
2. Pérdida excesiva de líquidos por diarrea, vómito o drenajes de fistulas.
3. Sudación excesiva cuando hay fiebre o temperatura ambiental es muy alta.
4. Presencia de patologías como diabetes, enfermedad de Addison, daño renal, hemorragia.

### **3. Necesidad de eliminación**

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión. Al acto de evacuar el intestino se les denomina defecación y a los desechos eliminados heces.

Las vías urinarias están formadas por 2 riñones, 2 uréteres, la vejiga y la uretra. Los riñones son dos órganos cuya función es eliminar los productos de desechos del metabolismo corporal y controlar la concentración de los líquidos corporales, los uréteres son dos tubos musculares largos y desplegados que transportan la orina de los riñones a la vejiga.

La vejiga por su parte, es un órgano muscular hueco, su capacidad promedio de 300 a 500 ml. Pero puede retener hasta 3000 ml. Si tiene buen funcionamiento el cual depende de la conservación del tono muscular de la pared vesical; al proceso de vaciar la vejiga se le denomina micción y el deseo de vaciar la vejiga ocurre cuando tiene aproximadamente de 250 a 400 ml.

#### **4. Necesidad de Termorregulación**

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado y esta es el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos, el calor que recibe del medioambiente y el calor que pierde en la transpiración, respiración y la excreción.

#### **Principios**

- ❖ La temperatura corporal fluctúa entre 36 y 37 grados centígrados.
- ❖ Cuando la temperatura se eleva por arriba de 41 grados centígrados (hiperpirexia) se produce degeneración celular y ocurren hemorragias locales.
- ❖ Los mecanismos que regulan el calor se encuentran en el hipotálamo.

#### **5. Necesidades de Descansar y Soñar**

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano, cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer sus necesidades de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.

El sueño es un estado de inconciencia del que se puede sacar una persona por estímulos apropiados y se caracteriza por una mínima actividad física, cambios en procesos fisiológicos corporales y disminución a la respuesta a los estímulos externos.

#### **6. Necesidad de Seguridad (Evitar Peligros)**

Los accidentes resultan ser un grave problema social, económico y de salud, son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional. Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta ciertas medidas prudenciales sencillas, que debemos hacer para nuestro convivir cotidiano.

Se puede afirmar que la prevención de accidentes, es parte del quehacer de la enfermera, porque como personal de salud, le compete tomar parte de la tarea de



dar educación para que haya una mejor salud en las personas y en la sociedad en general.

## **7. Necesidad de higiene**

La higiene corporal es una forma más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar; la piel se extiende por toda la superficie corporal y su epitelio se continua con el epitelio de los orificios externos de las vías: digestivas, respiratoria, genitourinaria.

### **Lesiones Primarias**

- ❖ Macula: es un área plana que cambia de coloración, generalmente es roja.
- ❖ Pápula: es una pequeña elevación esférica que puede tener color.
- ❖ Nódulo: es similar a la pápula, pero de mayor tamaño.
- ❖ Vesícula: una pequeña ampolla que contiene exudado seroso.
- ❖ Pústula: es una pequeña elevación que contiene exudado purulento.

## **8. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura**

El corazón es el órgano situado en el centro del sistema circulatorio, es la bomba que hace circular la sangre por todo el organismo. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardiaco.

Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión, la buena alimentación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo; con el termino de mecanismos corporales, nos referimos a los movimientos corporales eficaces, utilizados por las personas cuando estamos de pie, sentados o acostados.

## **9. Necesidad de Vestido**

La forma de vestirse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás, la forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado; los rasgos culturales son más firmes en personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, mientras que su arreglo es sencillo y vistoso; las personas de la ciudad sobre todo, las de nivel económicos altos, visten según las normas sociales y cambian según las estaciones del año y la moda.

## **10. Necesidad de Comunicación**

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmite y reciben ideas, emociones e información entre personas y grupos de personas, comprende todos

los mecanismos por medio de los cuales las personas se relacionan con otras personas, el poder comunicar positivamente con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas. El medio o canal para recibir información del ambiente externo.

### **11. Necesidad de Recreación**

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasa tiempo, recreación y ocio.

- ❖ Pasatiempo: es la actividad que entiendo pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.
- ❖ Recreación: es la distracción, entretenimiento, placer.
- ❖ Ocio: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

### **12. Necesidad de Creencias y valores**

Religión, este término significa las relaciones que el hombre tiene en su creador, el culto que se tributa a la Divinidad.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia, pero principalmente para el propio enfermo, que se ve afectado físicamente y con mucha frecuencia también social y económicamente, por lo que respeta al espíritu en estas circunstancias, la persona siente la necesidad de la ayuda de una fuerza superior y se eleva hacia el Ser Supremo para implorar su ayuda, encontrando casi siempre, en la práctica de su Fe la fuerza necesaria para salir adelante.

Valor es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como casualidades de las mismas, generalmente elegimos un bien, porque creemos que es bueno para nosotros y se nos presenta en forma apetecible o agradable, es por eso importante tener una correcta jerarquía de los valores, porque en ella nos puede producir una eficaz orientación de nuestra vida, quien no tiene clara su jerarquía de valores puede tomar decisiones equivocadas y sentirse mal por no saber elegir.

### **13. Necesidad de Trabajar y Realizarse**

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora, esta necesidad pide como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza este de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, interés y carácter de la persona que lo realiza de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

Virginia Henderson afirma “si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora-amor, aceptamos, una ocupación fructífera, esta situación suele ser peor que la provoca la enfermedad que intentamos curar”<sup>16</sup>

Las 14 necesidades básicas están determinadas por los aspectos bio-psico-socioculturales y espirituales, inherentes de cada persona, así como por la estrecha relación existente entre las diferentes necesidades, implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a una alteración en las restantes. Esto quiere decir que para tener una visión del ser humano como un todo, es necesario interrelacionar las 14 necesidades básicas y los aspectos bio-psico-social y espirituales, para valorar el estado del individuo. El análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería.

### 5.7.2 LA SALUD: Independencia/Dependencia y Causas de la Dificultad

Virginia Henderson, desde una fisiología humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin mantener en estado óptimo la propia salud concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas, cuando esto no es posible parece una dependencia que de según Henderson a tres acusa y que identifica como: Falta de Fuerza, Falta de Comunicación, Falta de Voluntad las cuales se desarrollan más adelante.

El concepto de **independencia** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia deben de ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La **dependencia** puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

---

<sup>16</sup> García González María de Jesús 8-20, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.

**1. Falta de Fuerza:** interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

**2. Falta de Conocimiento:** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**3. Falta de Voluntad:** entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

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

### **5.7.3 EN EL ROL PROFESIONAL: Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud.**

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson “este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación”. Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas: la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estas se han de adoptar a las modalidades y la idiosincrasia de cada persona.<sup>17</sup>

De ahí surge el concepto de ciudadanos individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad; Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que la colaboración con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir de las otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

---

<sup>17</sup> Jamienson M. Elizabeth, et.P.P 3, Historia de la Enfermería.

En relación al paciente Henderson afirma que, todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en “ asistir “ a esta persona, usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en decisiones y en logro de sus metas.

## **6. MARCO REFERENCIAL**

### **6.1 PRESENTACION DEL CASO**

Se trata de paciente de 38 años de edad sexo femenino, religión católica con un peso de 56 kg. Estatura de 1.52mts, primera gesta, cursando sus primeras horas de estancia intrahospitalaria con diagnóstico de puerperio fisiológico, obteniéndose un producto único vivo del sexo masculino de 3.150 kg., talla 47cm, apgar de 9-9. Con antecedentes familiares y personales sin relevancia alguna, no ha padecido enfermedades ni intervenciones quirúrgicas de importancia.

Es valorada en el servicio de Alojamiento Conjunto reportándose con los siguientes signos vitales. T/A 130/85, FC 68, FR 18 y T° 36°C.

La señora R. M. A se encuentra consiente, orientada en las tres esferas, con palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas,cardiopulmonar con buena mecánica ventilatoria, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando depresible, con perístasis presente, se palpa involución y tono uterino adecuados, con loquios moderados hemáticos no fétidos, extremidades inferiores sin edema, con buen tono y buen llenado capilar distal.

La paciente refiere dolor por la contracción del útero, la episiotomía, y por el aumento de tamaño de las mamas e irritación de los pezones, manifiesta miedo para miccionar, y defecar.

Ansiedad y miedo para amamantar al Recién Nacido.

### **6.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DEL CASO**

Tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson y la entrevista, se hacen las siguientes observaciones, en el paciente.

#### **1. Necesidad de Oxigenación**

A la paciente se le apoya con oxígeno por puntas nasales.

#### **2. Necesidad de Nutrición**

La paciente se encuentra en ayuno, necesidad de hidratarse y alimentarse, por lo cual se inicia con una dieta líquida.

### **3. Necesidad de Eliminación**

La paciente se encuentra con pañal y toalla sanitaria y se le coloca cómodo continuamente para medir la ingesta y excreta de líquidos y valorar el sangrado.

### **4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.**

Se encuentra dependiente ya que presenta mareo debido al ayuno y deshidratación, por lo cual es apoyada por la enfermera.

### **5. Necesidad de Descanso y Sueño**

La paciente expresa su necesidad de dormir y descansar, ya que está agotada por el trabajo de parto.

### **6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir.**

La paciente usa bata, pañal y toalla sanitaria, la cual se le cambia 2 veces en el turno por sangrado y movimiento, con la ayuda de enfermería.

### **7. Necesidad de Termorregulación.**

Presenta frío por lo cual se mantiene limpio y seco el pañal, toalla y bata, se abriga con cobertores.

### **8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel**

La paciente depende del familiar y personal de enfermería para poder incorporarse y bañarse.

### **9. Necesidad de evitar Peligros.**

Control de signos vitales, valorar tono, posición y altura del útero, evaluar la cantidad de loquios, su color y olor y la presencia de coágulos, medir la ingesta y excreta hasta que se recupere la función normal, inspeccionar el periné y el recto para valorar la presencia de enrojecimiento, edema, equimosis y secreción de los bordes de la herida.

### **10. Necesidad de Comunicación.**

Vigilar con regularidad el comportamiento de la mujer y permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento y sobre su hijo.

#### **11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias.**

Para la paciente es de suma importancia su fe en su Dios, vive según sus creencias de su religión.

#### **12. Necesidad de trabajar y Realizarse.**

Después de 3 a 5 días la mujer es ingresada del hospital, dicho período se considera suficiente para que la mujer se recupere del esfuerzo y pueda afrontar con eficacia la vida familiar y los cuidados del niño. Posteriormente pasados unos cuarenta días da por finalizado el puerperio y la mujer inicia su vida normal.

#### **13. Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas y Aprendizaje.**

Durante la estancia en el hospital y la cuarentena, la mujer aprende sobre los cuidados del recién nacido y de sí misma.

### **7. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES**

- 1.- Termorregulación ineficaz
- 2.- Dolor agudo
- 3.- Deterioro de la eliminación urinaria
- 4.- Riesgo de sangrado
- 5.- Estreñimiento
- 6.- Riesgo de infección
- 7.- Deterioro de la capacidad de recuperación personal
- 8.- Lactancia materna eficaz
- 9.- Deterioro del patrón del sueño

## **8.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

### **I. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Alteración en la termorregulación relacionada con hipotermia manifestada por frialdad de la piel y escalofríos leves.

#### **OBJETIVO**

Regular la temperatura y mantener a la paciente en condiciones óptimas.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Lavado de manos antes y después de estar en contacto con la paciente.

Cambiar la bata y pañal mojados y colocar cobertor y una lámpara.

Tomar temperatura corporal (curva térmica cada 15 o 30 minutos hasta que se regule).

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el organismo y la pérdida en la transcripción y la excreción, los valores normales son 36° C y 37.7° C.

El cambio de la ropa y pañal así como la colocación de cobertores, favorece la comodidad.

Mediante la toma de la temperatura corporal se observa si ha disminuido o aumentado y así actuar de manera oportuna.

### **EVALUACIÓN**

Se logra el efecto fisiológico deseado con los medios físicos.

La temperatura corporal se encuentra dentro de los parámetros normales y la evaluación es satisfactoria.



## **II. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Dolor relacionado con traumatismo del periné durante el trabajo de parto (episiotomía), entuertos, congestión mamaria, esfuerzo del puerperio manifestado por referente verbal.

### **OBEJETIVO**

La paciente referirá mejoría del dolor y demostrara mecanismos de afrontamiento del dolor y métodos para controlarlo.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Medir la escala del dolor.

Proporcionar un alivio óptimo de dolor con los analgésicos prescritos.

Colocar en el área compresas con hielo.

Enseñar técnica para relajar la tensión muscular esquelética que reducirá la intensidad del dolor.

Proporcionar métodos de distracción como música, videos, etc.

Animar a la familia a prestar atención a la persona también cuando no presenta dolor.

### **FUNDAMENTACIÓN**

Los analgésicos calman los dolores musculares y artríticos.

Una compresa fría extrae el dolor del cuerpo y alivia la fiebre y la inflamación, una compresa templada mejora la circulación en la piel y estimula el metabolismo. El frío y el calor estimulan el sistema nervioso autónomo, el sistema inmunitario y la circulación.

El relajamiento ayuda a una persona a reducir su tensión física y/o mental, permitiendo que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo su niveles de estrés, ansiedad o ira.

## **EVALUACIÓN**

Se logró aliviar el dolor de la paciente.

## **III. DIAGNOSTICO DE EMFERMERIA**

Eliminación urinaria ineficaz relacionada con menor sensibilidad al llenado vesical y traumatismos del tejido debido al parto, manifestado por presentar sobre distensión, vaciamiento y acumulo de orina residual.

## **OBJETIVO**

Eliminación urinaria eficaz.

Continencia urinaria severidad de los síntomas.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Espera de orina espontanea.

Favorecer consumo elevado de líquidos.

Observa aspectos de la micción.

Hacer el registro de la diuresis especialmente las primeras horas pos parto.

Medida de la orina residual.

## **FUNDAMENTACIÓN**

Medir la ingesta y la excreta de los líquidos nos ayuda a identificar una posible retención urinaria.

Favorecer el consumo elevado de líquidos para favorecer la micción, ya que el exceso de líquido acumulado en los tejidos durante el embarazo de se elimina por diuresis.

## **EVALUACIÓN**

Los ingresos de líquidos van de acuerdo al balance de los egresos.

No hay congestión del tejido vesical, por lo cual no hay sobre distensión, y hay vaciamiento completo de la orina.

#### **IV. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Estreñimiento relacionado con el miedo dolor al defecar, manifestado por la propia paciente

#### **OBJETIVO**

Restablecer el funcionamiento gastrointestinal, y la eliminación intestinal.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Estimular a la paciente para que deambule un rato a lo largo del día.

Aumentar considerablemente la ingesta de líquidos.

Fomentar el consumo de una dieta rica en frutas y verduras que contengan una importante cantidad de fibra.

Aplicar compresas heladas al periné durante las 8 o 12 primeras horas del puerperio.

Asea genital.

#### **FUNDAMENTACIÓN**

Estimular la deambulación ayuda a la recuperación y el movimiento en el tracto intestinal.

La ingesta considerable de líquido y una dieta rica en fibra ablanda las heces.

La aplicación de compresas heladas reduce el edema y la equimosis y favorece el bienestar de la mujer.

El aseo genital favorece la cicatrización

#### **EVALUACIÓN**

La paciente presenta evacuación normal del intestino completa, de heces blandas sin presentar dolor a defecar.

#### **V. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones posparto (atonía uterina de puerperio inmediato).

## **OBJETIVO**

La paciente disminuirá los factores de riesgo asociada a la hemorragia.

## **INTERVENCIONES DE EMFERMERIA**

Control de funciones vitales.

Masajear el útero de manera intermitente, así abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano.

Control hemodinámico.

Colocar a la paciente en posición de trendelemburg.

Verificar la cantidad loquios, su color y olor, y la presencia de coágulos; interrogar a la mujer sobre el número de toallas sanitarias que emplea y el grado de saturación de estas.

## **FUNDAMENTACIÓN**

El control de los signos vitales determina el estado del paciente.

El masaje uterino es importante para estimular las contracciones uterinas, involución del útero y ello, por lo general, detiene la hemorragia uterina

El control hemodinámico nos permitirá verificar la cantidad de loquios que elimino la paciente.

## **EVALUACION**

La paciente se encuentra estable sin presentar factores de riesgo ni complicaciones.

## **VI.DIANOSTICO DE ENFERMERIA**

Lactancia materna eficaz relacionada con normalidad en anatomía y la función del pecho materno, manifestado por el buen mecanismo de succión y deglución de lactante, así como satisfacción después de las mamadas.

## **OBJETIVO**

Establecer la lactancia materna.

## **INTERVENCIONES DE EMFERMERIA**

Dieta.

Reposo.

Cuidados de mamas y pezones.

## **FUNDAMENTACIÓN**

Conservar un ingreso adicional de 500 kcal. En la dieta y beber diariamente 2 lts. de líquidos (leche, agua y zumos no endulzados). Ayuda a la producción de leche.

Evitar el consumo de tabaco, cafeína, alcohol y fármacos no indicados expresamente por el médico, ya que estas sustancias pueden entrar en la composición de la leche materna y ser dañinos para el lactante.

Lograr el apoyo del padre y la familia, limitar las visitas y animar a la madre que descansa mientras él bebe duerme, fomentara la relajación, el reposo y la dieta.

Indicar las características ideales del sujetador para la lactancia (de fibras naturales, con tiras anchas, de tamaño adecuado, brindan apoyo y no dificulta la respiración).

Animar la madre a exponer los pezones al aire durante 5 minutos después de cada amamantamiento, ayuda a la disecación y la cicatrización de cualquier irritación previa.

Aplicar la propia leche después de cada toma o aceite de caléndula ayudara a mantener lubricados los pezones, sin necesidad de ser retirado antes de la siguiente toma.

## **EVALUACIÓN**

Se logra el establecimiento de la lactancia.

El mecanismo de succión y deglución de lactante es eficaz y regular.

## **PLAN DE ALTA**

En ausencia de complicaciones y recuperada la mujer del esfuerzo, afrontando con eficacia la vida familiar y los cuidados del niño es dada de alta instituyendo un plan de enseñanza para el alta que incluye a ambos padres.

## **CUIDADOS PUERPERALES**

Alentar el reposo, el sueño y la relajación.

Prevenir el estreñimiento estimulando la ingestión libre de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra, como frutas frescas y vegetales.

Facilitar la interacción temprana entre el niño y sus padres, y animar a estos para que acudan a las charlas y demostraciones sobre cuidados infantiles.

## **INTRUCCIONES PARA LA MUJER ACERCA DE CAMBIOS EN LOS LOQUIOS DE LOS QUE DEBE INFORMAR**

**Informar de los siguientes signos:**

**Loquios fétidos:** Sugieren endometritis.

**Loquios abundantes:** Sugieren atonía, retención de restos placentarios o desgarro vaginal o cervical.

**Loquios rojos después del tercer día del posparto:** Sugieren la presencia de hemorragia puerperal tardía.

**Presencia de coágulos:** Sugieren retención de restos placentarios o hemorragia.

### **Amamantamiento**

(Lactancia Materna)

Las ventajas de la lactancia materna están claramente reconocidas, y tras una época en que muchas madres optaban por la lactancia artificial, cada vez son más las que se inclinan por este método. A menudo las madres requieren información y apoyo en sus esfuerzos por establecer el amamantamiento, y la enfermera obstétrica encargada de la asistencia posparto desempeña una función de especial importancia en este proceso.

### **Producción Láctea**

La producción de la leche por parte de las mamas depende esencialmente de la estimulación producida por la hormona prolactina, elaborada en la hipófisis bajo influencia hipotalámica.

La succión del bebé da lugar al reflejo lactógeno, por medio de un estímulo nervioso que llega desde las mamas hasta el hipotálamo y produce la descarga hormonal de la hipófisis posterior que estimula la producción de leche.

### **Instrucciones para la mujer sobre el amamantamiento.**

Asegurarse de que el bebé tenga dentro de la boca toda la porción de areola que sea posible cuando está mamando.

Cambiar con frecuencia las posiciones de amamantamiento para variar los puntos de presión máxima de succión (mentón).

Evitar el empleo de jabón u otros agentes secantes sobre los pezones.

Aplicar una pequeña cantidad de leche materna sobre los pezones y las areolas después de amantar al lactante, si se advierte que están demasiados secos. Evitar cubrir las aberturas de los conductos galactóforos, pues podrían taparse.

Exponer los pezones al aire tanto como sea posible.

Emplear una técnica correcta para retirar al lactante de la mama (insertando uno o dos dedos por un lado de la boca del lactante para liberar la succión).

Ofrecer al niño primero la mama que está menos sensible.

Prevenir la ingurgitación de las mamas siguiendo unas adecuadas pautas de lactancia.

Si se produce una ingurgitación, indíquele a la madre que:

Amamante al niño con mayor frecuencia.

Antes de amamantar, exprima la leche para suavizar las areolas.

Dar masaje suave a las zonas firmes de las mamas cuando se amamante.

Emplee un sostén de lactancia bien ajustado que mantenga las mamas separadas, no se arrugue y cubra toda la mama.

Si las mamas están muy ingurgitadas puede ser útil, antes del amamantamiento, una ducha sobre las mismas con agua caliente para producir vasodilatación de los conductos galactóforos y, de este modo, facilitar la eyección de leche. También puede ser útil la aplicación de calor húmedo durante el amamantamiento. Informe pronto de los síntomas de mastitis.

La ingurgitación y la mastitis no suponen la finalización de la lactancia y mejoran cuando se aumenta la frecuencia en las tomas.

## **ALIMENTACION AL SENO MATERNO**

La lactancia materna, práctica universal tradicionalmente aceptada, es crucial para la supervivencia y bienestar de los niños, en especial en los países subdesarrollados. Es el mejor alimento para el recién nacido, ya que:

- a) Es específico.
- b) No requiere preparación y siempre está disponible.
- c) Siempre está fresca y libre de gérmenes y bacterias.
- d) Tiene nutrientes adecuados y balanceados, excepto vitamina D, fluoruro y hierro.
- e) Se encuentra a una temperatura ideal.
- f) Transmite factores inmunológicos al niño, los cuales constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- g) Constituye un acto de amor y aceptación materna, que repercute desde el punto de vista psicológico (satisfacción bucal máxima)
- h) Al tomarla, el bebé tiene menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas que los niños alimentados artificialmente.
- i) Al evacuar el niño, se observa la presencia de colibacilos, en contraste con aquellos que son alimentados con biberón, quienes tienen gérmenes coliformes.

## **9. CONCLUSIONES**

La señora R. M. A. ha evolucionado de manera satisfactoria, el tratamiento y las intervenciones de enfermería han sido de gran importancia para lograr prevenir complicaciones, favorecer los vínculos afectivos con el recién nacido, la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación académica y los conocimientos sobre el modelo de Virginia Henderson fueron de gran ayuda para la elaboración del plan de enfermería, ya que permitió la identificación de las necesidades afectadas que presento la paciente.

Se logró alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados, la paciente es dada de alta a su domicilio.



**10.**

# **ANEXOS**

## GENERALIDADES DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES

Los órganos genitales femeninos, los cuales son responsables de perpetuar la especie al permitir el coito, la fecundación del ovulo por el espermatozoide, el desarrollo intrauterino del huevo fecundado y la expulsión del nuevo ser al término de la gestación.

### Órganos genitales femeninos

EXTERNOS	INTERNOS
Vulva	Vagina
Monte de venus	Útero ( cuerpo, cérvix istmo)
Labios mayores	Trompas de Falopio ( salpinges u oviductos)
Labios menores	Ovarios
Clítoris	
Vestíbulo	
Meato urinario	
Glándulas de Skene	
Glándulas de Bartholin	
Himen	
Horquilla vulvar	
Periné	

## ANATOMIA DE LA PELVIS

La unión de cuatro huesos forman la pelvis ósea, que da lugar a la porción inferior del tronco, tales huesos son el sacro, el coxis y los dos iliacos. En el parto posterior se articulan los iliacos hacia ambos lados del sacro, en las llamadas articulaciones sacroiliacas derecha e izquierda; en la parte anterior de la pelvis se articulan ambos iliacos entre sí, formando la sínfisis del pubis.

La parte interna de la pelvis ósea tiene forma de cono truncado de vértice inferior, cuya base forma una circunferencia o formación anular que se denomina estrecho superior de la pelvis y la divide en dos partes: una superior llama pelvis mayor y otra inferior o pelvis menor; el vértice de este cono óseo también tiene forma circular y se denomina estrecho inferior.

## Diámetros Pélvicos

En el estrecho superior de la pelvis se estudian cuatro diámetros anatómicos, a saber: antero posterior, transverso y dos oblicuas.

**Anteroposterior:** También llamado promontorretropúbico útil de Pinard, se extiende del borde superior del pubis al promontorio y mide 11.0 cm.

**Transverso máximo:** Se encuentra comprendido entre las dos eminencias iliopectíneas y constituye el diámetro mayor del estrecho superior; mide 12.5 cm.

**Oblicuos:** Parten de una articulación sacroilíaca a la eminencia iliopectínea o al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del pubis del lado opuesto, y miden 12 cm.

## Morfología

La pelvis puede presentar cualesquiera de las cuatro distintas formas características, que son: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide.

La diferencia fundamental entre estos tipos de pelvis la constituye la forma del estrecho superior, que puede ser:

**Ginecoide:** El diámetro anterior es sensiblemente igual que el transverso; y ambos se cruzan en la parte media.

**Androide:** El diámetro anteroposterior es más amplio que el transverso; tiende a presentar una forma triangular.

**Antropoide:** El diámetro anteroposterior es excesivamente alargado, en tanto que el diámetro transversal es reducido.

**Platipeloide:** El diámetro transverso es excesivamente alargado y, el anteroposterior, reducido.

## Pelvis menor

La pelvis menor limita en su parte alta con el estrecho superior, y en la parte inferior con la circunferencia interior. Su pared interior está formada por el pubis; la posterior, por el sacro y el cóccix, y las laterales, por la cara interna de los iliacos en la pared correspondiente a la cavidad cotiloidea.

## **Estrecho medio**

El estrecho medio tiene como preferencia anatómica las espinas ciáticas. Todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales, y su medida es el diámetro biciático.

## **Estrecho inferior**

El estrecho inferior, también llamado estrecho menor, se forma en la parte anterior por el borde inferior del pubis, las ramas isquiopúbicas y las protuberancias isquiáticas, los bordes inferiores de los ligamentos sacrociáticos mayores; en la parte posterior se encuentra el cóccix.

## **Diámetros**

**Anteroposterior:** Comprende el borde inferior del pubis hasta la punta del cóccix.

**Transverso:** Distancia entre los bordes internos de las tuberosidades isquiáticas. Suele medir 10cm.

**Sagital Posterior:** Se extiende de la punta del sacro a la intersección, en ángulo recto, con una línea imaginaria que une ambas tuberosidades isquiáticas y mide 7.5cm.

**Biisquiático:** Distancia entre la parte media de ambos isquiones; suele medir 10cm.

**Arco Subpúbico:** Angulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquion de ambos lados; el ángulo normal es de 90°. Este es un elemento importante que debe considerarse en la mecánica del parto.

## **Curva de Carus**

Curvatura de la pelvis que sigue el producto, de manera natural, para que ocurra el nacimiento.

## **PLANOS DE LA PELVIS**

Hoelge describió cuatro planos imaginarios y paralelos entre sí, con objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto.

**Primero:** Se extiende del promntorio al borde superior de la sínfisis púbica.

**Segundo:** Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis púbica.

**Tercero:** Se encuentra a la altura de las espinas ciáticas.

**Cuarto:** Se encuentra a nivel del vértice del cóccix.

## **ÓRGANOS GENITALES INTERNOS**

### **VAGINA**

La vagina es un conducto vaginal virtual musculo membranoso, que se extiende de la vulva a la cérvix uterina, en la que se inserta en forma anular ocasionando los fondos de saco, vaginales anterior, posterior y laterales. Su cara anterior se relaciona con la vejiga y la porción terminal de los ureteros a través del tabique besico vaginal; la posterior con el fondo de saco de Douglas y el recto, y las laterales con los músculos perineales al cruzar el piso perineal.

La vagina sirve como conductor excretor de la sangre menstrual y secreciones uterinas; es el órgano de la cópula y conductor natural del parto.

La pared vaginal consta de dos capas, una interna mucosa y otra externa muscular.

Las células epiteliales de la mucosa vaginal cambian cíclicamente según el patrón hormonal; sirven para detectar las condiciones endocrinológicas en que se encuentra la mujer.

Por las cifras elevadas de glucógeno que contienen, mantienen, en la cavidad vaginal un pH alcalino constante, entre 4.5 y 5, que impide la proliferación de flora patógena.

Las niñas y mujeres posmenopáusicas presentan un epitelio vaginal delgado, atrófico, pobre en glucógeno, por lo que están expuestas a sufrir infecciones.

La sensibilidad vaginal se debe a nervios del plexo útero vaginal y pudendo interno en su tercio externo, y tiene especial importancia en las relaciones sexuales ya que es fuente de sensaciones placenteras durante el coito; en su pared anterior, a 7cm del introito, se localiza el llamado punto G o de Granfenburg, poseedor de una sensibilidad especial.

## OVARIOS

El ovario es uno de los órganos que presenta más cambios a lo largo de la vida.

Estos órganos son relativamente móviles y se localizan en la fosita ovárica situada en la porción lateral de la pelvis; están en íntima relación con la parte distal de la trompa de Falopio mediante la fimbria ovárica o ligamento tubo ovárico. Su peso fluctúa entre 5 y 7.5g; y se sostiene en su sitio por el ligamento uteroovárico y por un engrosamiento del ligamento ancho llamado mesovárico.

Los ovarios se relacionan por fuera con las arterias ilíacas externa e hipogástricas y, en su parte interna, con el uréter.

## LIGAMENTOS Y MÚSCULOS PÉLVICOS.

Un conjunto de estructuras musculo aponeuróticas se insertan en el borde inferior de la sínfisis del pubis, el cóccix y las tuberosidades isquiáticas, y forman un diafragma de forma romboidal llamado piso perineal o periné, que permite la comunicación de la uretra, la vagina y el recto con el exterior.

**Diafragma Pélvico:** Se localiza en el interior de la pelvis y adopta la forma de un embudo; está formado por los músculos elevadores del ano tienen tres porciones: pubococígea, puborectal e iliococígea.

**Músculo Elevador del Ano:** Forma un verdadero diafragma que contrarresta la presión de la pared abdominal.

Los músculos coccígeos se insertan en la última vértebra sacra, en el cóccix en las espinas ciáticas, y su aponeurosis constituye el ligamento sacro ciático.

El diafragma urogenital, formado por el músculo transverso profundo del periné, es una lámina musculo fibrosa que ocupa el espacio libre que dejan los elevadores del ano en sus bordes internos en el triángulo perineal anterior, y que termina en la cuña perineal o rafe medio, espacio tendinoso entre la vagina y el recto

## ANTOMIA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Cada mama está formada por 20 a 25 lóbulos distribuidos radialmente, cada uno de los cuales consta de varios lobulillos formados, a su vez, por una serie de ácidos o glándulas de tejido conjuntivo sumamente vascularizado, revestido por una capa epitelial.

Dicho tejido sirve para producir las sustancias que integran la leche que se escruta durante el puerperio. Así mismo, cada lobulillo está previsto de un pequeño conductor que da salida a la producción láctea; estos conductos influyen en otros de mayor calibre: los conductos galactóforos, los cuales abren su luz en pequeños orificios del pezón.

## **GENERALIDADES DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO**

### **Concepto**

Periodo de tiempo que transcurre tras el parto y alumbramiento hasta que el organismo materno ha regresado a las condiciones normales previas al embarazo.

Dura entre 6 y 8 semanas, en este tiempo se producen una serie de cambios fisiológicos.

### **PERIODOS:**

#### **Inmediato**

Corresponde a las primeras 24 horas posparto, siendo las 2 primeras horas durante las cuales el útero consigue la hemostasia definitiva y por tanto puede haber mayor riesgo de hemorragia.

Se mantendrá un control de las constantes vitales, de la involución y contracción uterina, así como de las pérdidas hemáticas; durante las 2 primeras horas de la vigilancia será más estrecha.}

#### **CLINICO**

De 5 a 7 días, durante esta fase se producen los cambios involutivos más importantes.

#### **TARDIO**

Entre 5 y 7 semanas

## **PUERPERIO NORMAL**

Modificaciones anatomofisiológicas

Cambios involutivos del organismo

### **Útero**

#### **Involución uterina**

Se inicia tras expulsión de la placenta. El útero está fuertemente contraído y su fondo se encuentra entre el ombligo y las sínfisis del pubis. Va descendiendo poco a poco. En 10-14 días el útero vuelve a ser un órgano intrapelvico, no palpable por encima de la sínfisis del pubis. En 6-8 semanas ocupa su posición normal.

**Mecanismo de hemostasia:** Ligaduras de Pinard. Se recomienda: informar de la importancia de miccionar (la vejiga debe estar vacía para facilitar la contracción uterina), un útero desviado hacia un lado puede deberse a vejiga llena, comprobar el tono y la involución uterina. Puede administrarse oxitosina o ergo ticos para favorecer la contracción uterina.

#### **Entuertos**

Contracciones uterinas, más o menos molestas, que hacen que el útero involucione. Son más frecuentes y vigorosos en multíparas y aumentan con la lactancia materna por la liberación de oxitosina

#### **Endometrio**

La regeneración es rápida, excepto en la zona de implantación de la placenta, que requiere 6 semanas.

#### **Cérvix**

En una semana alcanza su consistencia y longitud normal y en 10 días el orificio cervical interno se cierra.

#### **Loquios**

Perdida líquida a través de los genitales que se produce tras el alumbramiento. Compuesta por exudado de la cavidad uterina durante la regeneración endometrial, secreciones cervicales y exudado de la cicatrización de las laceraciones del canal blando del parto.



## **Clasificación:**

### **Loquios rojos.**

1-3 días, aspecto sanguinolento.

### **Loquios serosos.**

5-10 días, aspecto rosado.

### **Loquios amarillos.**

10 días-fin del puerperio, aspecto amarillento o marrón.

### **Vagina, vulva y periné.**

La vagina recupera su tono, aspecto y tamaño alrededor a las 3 semanas.

Episiotomía o desgarros en la vagina y periné cicatrizan en aproximadamente 2 semanas.

Se recomienda la realización de los ejercicios de kegel para el fortalecimiento del suelo pélvico (estos ejercicios están indicados en diferentes momentos de la vida de la mujer, como embarazo, posparto, de forma preventiva en jóvenes o como tratamiento para reducción del suelo pélvico como en la incontinencia urinaria de esfuerzo).

### **Cardiovasculares y hematológicos.**

La presión arterial y la frecuencia cardiaca se normalizan rápidamente, el resto de los parámetros recuperan sus valores normales en aproximadamente 15 días.

Disminuye el volumen sanguíneo reduciendo la sobrecarga del sistema vascular.

El hematocrito y hemoglobina son normales (salvo casos hemorragias), los leucocitos se normalizan en la primera semana y las plaquetas aumentan en los primeros días del puerperio.

Se recomienda la deambulacion precoz para prevenir la enfermedad tromboembolica.

### **Respiratorios**

Se restaura la respiración abdominocostal. Desaparece la alcalosis respiratoria.

## **Urinarios**

Aumenta la capacidad de la vejiga y hay mayor riesgo de sobre distensión urinaria. Las lesiones perineales y vaginales pueden producir disuria o retención de orina.

Todo ello puede favorecer la infección urinaria.

## **Digestivos**

La función gastrointestinal se normaliza. Puede haber estreñimiento por disminución de la motilidad intestinal y por el miedo al dolor durante ña defecación, sobre todo ante la existencia de desgarros, episiotomía y hemorroides.

Se recomienda: Dieta rica en fibra y líquidos, de ambulaci3n precoz, antiinflamatorios si precisa.

## **Metab3licos**

El metabolismo basal vuelve lentamente a la normalidad. Hay una perdida inicial de peso tras el parto alrededor de los 4-5, 5 kilogramos. Los dep3sitos de grasa se metabolizan con la lactancia.

## **Musculoesquel3ticos y tegumentarios**

Puede aparecer cansancio y fatiga. La musculatura abdominal permanece laxa las primeras semanas posparto. Puede persistir la diastasis de rectos abdominales y la separaci3n de la s3nfisis del pubis.

Desaparecen las hiperpigmentaciones, las arañas vasculares. Las estrías palidecen con el tiempo.

## **Endocrinos**

Aumenta: oxitosina y prolactina.

Disminuye: Estr3genos al 3<sup>^</sup> (.er) o 4. ° d3a posparto, progesterona a los 10 d3as, HCG y HLP a los 10 d3as no se detectan.

## **Cambios Psicol3gicos:**

Fases maternas de Rub3n

Per3odo de conducta dependiente

La mujer se centra en sí misma.

Expresa su necesidad de dormir y comer.

Se siente aliviada tras haber vivido la experiencia del parto.

Manifiesta una conducta caracterizada por la pasividad y la dependencia.

### **Transición de dependencia a independencia**

Se amplía el alcance mental para incluir otras actividades.

Es independiente en las actividades de auto asistencia.

Expresa sus preocupaciones acerca de sus propias funciones corporales, así como las de su hijo.

Recibe bien las instrucciones sobre los cuidados de sí misma y del lactante.

Falta de confianza (la madre se desanima fácilmente ante la necesidad de hacerse cargo de la asistencia).

### **Adopción de nuevas responsabilidades**

Se incrementa la independencia acerca de los cuidados de ella misma y de su hijo.

Reconoce a su hijo como una entidad separada de sí misma.

Expresa su aflicción por las funciones a desempeñar y lo que se espera de ella.

Ocurren cambios en la interacción familiar para aceptar al nuevo miembro.

## **GENERALIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA**

Nutrición más adecuada y completa para los recién nacidos, la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño (aprobada por la OMS y UNICEF), destaca sus beneficios y recomienda mantener lactancia materna exclusiva durante 6 meses y complementada con otros alimentos, al menos, 2 años.

Proporciona protección contra infecciones, alergias, espaciamiento de los partos (niveles altos de prolactina suprimen ciclos ovulatorios), reducción de la morbimortalidad infantil y favorece el vínculo materno filial.

### **Mamogénesis**

Desarrollo mamario, que tiene lugar en la etapa embrionario, puberal y se completa en el embarazo y lactancia. Estimulado por factores endocrinos: estrógenos y progesterona fundamentalmente. En la gestación por efecto placentario aumentan estrógenos y progesterona, la prolactina también aumenta llegando a su nivel máximo en el momento del parto.

### **Lactogénesis**

Proceso por el que se inicia la producción láctea, el mantenimiento se denomina galactopoyesis.

La producción láctea comienza desde el 2.º Trimestre de gestación con la secreción de calostro. Pero las altas concentraciones de estrógenos y progesterona inhiben la acción de la prolactina sobre los receptores alveolares, impidiendo la síntesis activa de leche. Tras el alumbramiento se produce una caída brusca de estrógenos y progesterona, que permite la liberación de la prolactina y la secreción láctea. Los niveles de prolactina retornan a los valores previos al embarazo en la 4.ª Semana posparto aproximadamente, y después su producción y liberación se produce por oleadas ante la succión del recién nacido.

### **Eyección láctea**

Proyección o salida de la leche a través del pezón por la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos y los conductos galactóforos por acción de la oxitosina. La liberación de oxitosina se desencadena fundamentalmente por la succión del recién nacido, pero también su llanto, presencia o excitación sexual pueden desencadenar su liberación.

### **Composición Calostro**

Más alta concentración de proteínas (inmunoglobulinas, sobre todo IgA) y sales minerales. Concentraciones más bajas de grasa e hidratos de carbono. Desde 8.ª Semana de gestación hasta 5-7 días posparto.

## **Leche de transición**

Aumenta la concentración de lactosa, lípidos y vitaminas hidrosolubles. Desde 6-7 días hasta los 15 días.

## **Leche madura**

Mayor contenido en carbohidratos y grasas. Desde 15 días hasta el destete.

## **Contraindicaciones**

### **Neonato**

#### **Galactosemia**

Incapacidad del lactante para metabolizar la galactosa, por un déficit galactosa-1-fosfato uridiltransferasa, acumulándose galactosa en sangre y tejidos. Es, prácticamente, la única enfermedad del neonato que contraindica la lactancia materna.

### **Madre**

#### **VIH**

Única enfermedad materna que en países desarrollados contraindica la lactancia materna.

Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I o II) o virus inotrópico T humano tipo I o II.

Se contra indica la lactancia materna si se disponen de sus títulos adecuados, las madres afectadas pueden sacarse la leche y congelarla para después dársela al recién nacido por biberón, pues la congelación inactiva el virus.

Tuberculosis activa no tratada Muy pocos fármacos contraindican la lactancia materna

#### **Herpes simple**

Solo se contraindica si la lesión está en la mama (pezón o aréola). Las lesiones activas en otras zonas deben cubrirse.

## **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna, práctica universal tradicionalmente aceptada, es crucial para la supervivencia y bienestar de los niños, en especial en los países subdesarrollados. Es el mejor alimento para el recién nacido, ya que:

- a)** Es específico.
- b)** No requiere preparación y siempre está disponible.
- c)** Siempre está fresca y libre de gérmenes y bacterias.
- d)** Tiene nutrientes adecuados y balanceados, excepto vitamina D, floruro y hierro.
- e)** Se encuentra a una temperatura ideal.
- f)** Transmite factores inmunológicos al niño, los cuales constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- g)** Constituye un acto de amor y aceptación materna, que repercute desde el punto de vista psicológico (satisfacción bucal máxima).
- h)** Al tomarla, el bebé tiene menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas que los niños alimentados artificialmente.
- i)** Al evacuar el niño, se observa la presencia de colibacilos, en contraste con aquellos que son alimentados con biberón, quienes tienen gérmenes coliformes.

## **DESVANTAJAS**

No se sabe de ninguna desventaja, excepto la molestia física que representa la succión para la madre.

Para que tenga éxito la alimentación del recién nacido al seno materno, se necesita conjugar tres factores:

- a)** La aceptación de la madre para brindar la alimentación a su hijo con el apoyo de su esposo y familiares.
- b)** La capacidad física del recién nacido.
- c)** La orientación del médico

## 11. GLOSARIO

**Anoxia:** Ausencia de oxígeno.

**Apnea:** Ausencia de la respiración.

**Bradocardia:** Lentitud de la frecuencia cardiaca.

**Calostro:** Leche espesa, contiene grandes lóbulos de grasa, mayor cantidad de minerales, y proteínas, especialmente inmunoglobulinas (IgA).

**Debilidad:** Falta o pérdida de las fuerzas.

**Dolor:** Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior exterior.

**Depresión Post-parto:** Es un trastorno del estado de ánimo, se define como un episodio depresivo mayor que aparece entre las cuatro semanas posteriores al parto o en cualquier momento durante el primer año después del parto.

**Edema:** Presencia de cantidades excesivas de líquido en el espacio extracelular.

**Emocional:** Sensible de emociones.

**Entuertos:** Contracciones uterinas, más o menos molestas que hacen que el útero involucione. Son más frecuentes y vigorosos en multíparas y aumentan con la lactancia materna por liberación de oxitócina.

**Episiotomía:** Incisión quirúrgica lateral del orificio bulbar en el momento del desprendimiento de la parte fetal para evitar un desgarre serio del perineo.

**Estreñimiento:** Retención de materias fecales, constipación.

**Fatiga:** Disminución de la eficiencia resultante del ejercicio duradero o excesivo.

**Feto:** Producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

**Fiebre:** Temperatura elevada.

**Galactopoyesis:** Es el mantenimiento lácteo.

**Hemorragia:** La hemorragia post-parto es el sangrado normal o excesivo ( más de 500-700 ml en parto vaginal).

**Hemorroides:** Dilataciones varicosas de las venas Hemorroidales, vasos del recto y ano.

**Hipertensión:** Presión arterial alta persistente.

**Hipoxia:** Disminución de oxígeno en los tejidos.

**Hemostasia:** Detención, espontánea o artificial, de un flujo sanguíneo o hemorragia.

**Lactancia:** Alimentación del niño por medio de leche, puede ser natural o artificial.

**Lacto génesis:** Proceso por el cual comienza la producción láctea.

**Loquios:** Derrame sanguíneo, serosanguíneo y serosos sucesivamente, efectuado por vía vaginal en las primeras semanas después del parto.

**Mastitis:** Inflamación mamaria, que puede acompañarse o no de infección.

**Metabolismo:** Suma de todas las actividades químicas de la materia viviente, unas constructivas o sintéticas, anabolismo y otras analíticas, que desdoblan sustancias con producción de energía, catabolismo.

**Micción:** Emisión de orina

**Necesidad:** Impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido.

**Nódulo:** Lesión redondeada que se palpa debajo de la piel, recubierta por la piel inflamada o normal.

**Placenta:** Órgano redondeado plano y esponjoso, situado en el interior del útero.

**Postura:** Planta, acción, figura, situación o modo en que esta puesta una persona.



## 12. BIBLIOGRAFIA

ALFARO Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Ediciones Doyma, S.A, Barcelona España, 2011.

FERNANDEZ, Ferrin Carme, et. Al. El Proceso de Atención de Enfermería, estudio de casos, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A Barcelona España, 2012.

GARCIA, Martin-Caro Catalina, et. Al. Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermo, Ediciones Harcout, S.A Madrid España, 2011.

GARCIA Gonzales María de Jesús, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Editorial Progreso, S.A, México, D.F, 2010.

GRIFFITH Janet, et. Al., Proceso de Atención a Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos, Editorial el Manual Moderno, S.A de C.V, México, D.F, 2010.

JAMIESON M. Elizabeth, et. Al., Historia de la Enfermería, Editorial Interamericana, México, 2009.

KEROUAC Sussane et. Al., Pensamiento Enfermero, Ediciones MASSON, S.A, Barcelona España, 2012.

VILLALBAN María, Monse Alberte., Manual de la Enfermería, Editorial Océano, Barcelona España, 2013.

LOPEZ Joaquín María, Enfermería, Editorial Marban, Madrid España, 2013.

CASTRO Mondragón Héctor, Héctor Mondragón Alcacer., Ginecoobstetricia de la Niñez a la Senectud, Editorial Trillas, S.A, México, D.F, 2011.

CARDENAS de la Peña Enrique., Terminología Médica, Nueva Editorial Interamericana, México, D.F, 2012.