



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

"APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA CON EL MODELO DE V. HENDERSON A UNA ADOLESCENTE CURSANDO PUERPERIO QUIRURGICO"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

ENF. ELIA ROSA BARRADAS VELAZQUEZ

NO. DE CUENTA: 9562262-2



DIRECTORA DE TRABAJO:
LIC. ENF. MARIA MAGDALENA MATA CORTES

MEXICO, D.F.

ABRIL DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A TI HIJO:

*Por sufrir mis ausencias,
físicas durante la mayoría del tiempo
que me dediqué a estudiar. Por tu apoyo
técnico en la elaboración de mis trabajos.
Por el amor que nos tenemos, que me hace
recordar que eres un regalo de Dios que le
da luz a mi vida.*

A MI PAREJA:

*Gracias por tu apoyo incondicional,
por tus porras para que continué adelante
como mujer, como madre y como profesionalista.*

A MI MADRE:

*A quien le debo en gran medida,
su apoyo en mi superación profesional.*

AMI HERMANA LETICIA:

*Que me esperaba hasta tarde,
que me ayudó a mantener mi hogar,
brindándonos su compañía y amor.*

INDICE

	PAG.
Introducción.	1
Justificación.	4
Objetivo General.	5
Objetivos Específicos.	5
Capítulo 1 Marco Teórico.	6
1.1 Generalidades del Proceso de Enfermería.	6
Definición de enfermería.	7
Origen de los cuidados.	8
1.2 Concepto del proceso atención de enfermería.	13
Reseña Histórica.	14
Método Científico y Proceso Atención de Enfermería.	15
1.3 Etapas del Proceso de Enfermería.	16
1.3.1 Valoración	16
Recolección de datos	16
Validación de los datos	20
Organización de los datos	21
Comunicación de los datos	21
1.3.2 Diagnóstico.	21
Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.	22
Diagnósticos de Enfermería de la NANDA.	23
Tipos y componentes de los diagnósticos de enfermería.	24
1.3.3 Planificación.	28
Establecimiento de objetivos.	29
Criterios de resultados.	31
Determinación de actividades de enfermería.	32
Documentación del plan de cuidados.	34
1.3.4 Ejecución.	35
Recolección continua de datos.	35
Establecimiento de prioridades diarias.	35

	PAG.
Realización de las actividades de enfermería.	36
Registro de los cuidados de enfermería.	37
1.3.5 Evaluación.	38
Establecimiento de criterios de evaluación.	38
Evaluación de logro de los objetivos del cliente.	38
Identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos.	39
Modificación del plan de cuidados.	39
1.4 Generalidades del modelo de Virginia Henderson.	40
1.4.1 Definición de la función propia de enfermería.	40
1.4.2 La salud/Independencia, Dependencia y causas de dificultad.	42
1.4.3 La persona y las 14 necesidades.	43
Etapas del proceso científico y su aplicación en el modelo.	45
Diagnóstico de cuidados de enfermería.	46
Foco de la intervención de enfermería.	47
1.5 Patología de la paciente.	49
1.5.1 Ruptura prematura de membranas.	49
1.5.2 Sufrimiento fetal.	56
1.5.3 Sufrimiento fetal agudo.	57
1.5.4 Cesárea	64
Generalidades de la adolescencia.	69
La adolescente embarazada.	70
Cambios Físicos.	70
Desarrollo Psicosocial.	70
Riesgos Fisiológicos.	72
Riesgos Psíquicos	73
Riesgos Sociales.	73
Reacción inicial al Diagnóstico de embarazo.	74

	PAG.
Necesidades Nutricionales especiales de la adolescente embarazada.	74
Atención de la adolescente durante el puerperio.	77
Vinculación.	78
Capítulo 2. Aplicación del Proceso de Enfermería con el Modelo V. Henderson a una cliente adolescente cursando puerperio quirúrgico.	79
2.1 Presentación del caso clínico.	79
2.2. Valoración de Enfermería. (Valoración de las 14 necesidades).	80
2.3 Análisis de datos.	94
2.4 Diagnóstico de Enfermería.	97
2.5 Planeación. (Jerarquización de necesidades).	99
2.6 Ejecución. (Plan de intervención de enfermería).	101
2.7 Evaluación. (Logro de los objetivos).	118
Conclusiones y Sugerencias.	122
Bibliografía.	124
Ápndice.	127
Glosario	
Formatos.	

INTRODUCCION

Nuestro país está pasando por una etapa de cambio en la esfera, tanto política, económica como social. Lo que ha venido originando déficit para los satisfactores básicos de nuestra población, que irremediablemente conlleva a la presencia de riesgos y daños a la salud de la población mexicana. Entre los cambios de tipo político y económico tenemos la incorporación al comercio mundial con el Tratado de Libre Comercio y a la llamada globalización, que propició entre otros cambios el del Sistema de salud, el que también se esta viendo afectado por cambios epidemiológicos y demográficos, tales como el proceso de envejecimiento de la población por el aumento en la esperanza de vida, y por otro lado el aumento en las enfermedades propias del subdesarrollo que son la desnutrición, las infecciones, la mortalidad materna y perinatal y los problemas emergentes, asociados a la industrialización y la urbanización que son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la hipertensión, la diabetes, las adicciones y las lesiones.¹

Todo lo anterior generó un aumento en la demanda de servicios de salud, por parte de la población.

La OMS declara que la salud es un bien prioritario, para el desarrollo de un país, y que un personaje clave es la enfermera y dice ¿Las enfermeras son hoy más necesarias que nunca?, ¿por qué? .Porque la función de la enfermera consiste en educar, en participar en la conservación de la salud y contribuir a limitar los daños, y cuando no es posible esto, ayudar a soportar la enfermedad o bien ayudar a elaborar el duelo como resultado de la pérdida.²

¹ Frenk. Julio. Hacia un México más saludable. México Funsalud, 1995. P 10

² Zarate. G. Retos y Perspectivas de Enfermería en el Umbral del año 2000 Revista Mex. De Enf. Cardiológica Vol. 3 no. 3 Julio-Sept 1995. P. 57

La enfermería también está atravesando por una etapa de cambio, como resultado de la dinámica de la sociedad y las presiones internas y externas, que en la actualidad se está ejerciendo sobre el Sistema de Salud, quien nos demanda atención de calidad y con calidez. Misma que se logrará dar proporcionando cuidados con juicio crítico e individualizándolos, el método que nos proporcionan todos estos elementos es el Proceso Atención de Enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o potenciales.³

El P.A.E. se aplicará con el modelo de V. Henderson, a una cliente adolescente de 17 años, que está cursando un puerperio quirúrgico en su etapa mediata, se le efectuó cesárea tipo Kerr, por haberle detectado sufrimiento fetal agudo, constatado por la presencia de líquido amniótico meconial y F.C. Fetal de 115 latidos por minuto.

La Cesárea es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se extrae el producto de la concepción, a través de la pared abdominal y mediante la sección del útero.⁴

La cesárea se efectúa por causas maternas y fetales y en el caso de la cliente fue de origen fetal. La importancia de aplicarle el P.A.E. a esta cliente es principalmente porque es una adolescente, soltera y dada su corta edad y estado civil considero que es primordial proporcionarle cuidados individualizados que le ayuden a lograr la independencia para satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo a su nuevo rol de madre y las de su recién nacida.

El sufrimiento fetal agudo es la agresión producida en el feto por las contracciones uterinas, durante el trabajo de parto, provocando una disminución en el aporte de

³ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. ed. 2ª. Editorial Mosby Doyma, Barcelona, España. 1995 p. 6

⁴ AMHGO, No. 3. Ginecología y Obstetricia, ed. 4ª. Edit. Mendez Oteo. México, D.F., 1982 p. 603

O₂ al feto.⁵

El siguiente trabajo se desarrollará de acuerdo a las siguientes etapas:

Primer Capítulo. Marco Teórico, el cual contiene aspectos generales de la enfermería, el concepto del Proceso Atención de Enfermería, sus orígenes, su relación con el Método Científico y las etapas que lo conforman.

Se presenta el modelo de V. Henderson que se basa en 14 necesidades básicas, contempladas bajo las dimensiones psicológica, sociológica, cultural y espiritual. Viendo a la persona desde un punto de vista holístico, para llevar de la dependencia a la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

También se presentan marcos teóricos del Proceso Quirúrgico de la Cesárea, sufrimiento fetal agudo y ruptura prematura de membranas, así como la situación de la adolescente embarazada desde los aspectos fisiológico y psicosocial.

Segundo Capítulo. Aplicación del Proceso de Enfermería por etapas: valoración, presentación del caso, historia clínica de enfermería y análisis de las necesidades, diagnóstico de enfermería por cada necesidad, planeación; la jerarquización de las necesidades y los objetivos. En la etapa de ejecución se presenta un plan de atención por cada necesidad de la cliente, con las intervenciones de enfermería, sus fundamentaciones y la evaluación global al final de cada plan. Evaluación, en esta etapa se presenta el logro de los objetivos de acuerdo a los criterios de resultados.

⁵ Botella, L.J. Tratado de Ginecología. Tomo II. Patología Obstétrica, ed. 10. Editorial Científico Médica Barcelona, España, 1992. p.

JUSTIFICACION

El presente proyecto se hace con la finalidad de Tesis de Titulación para Licenciado en Enfermería y Obstetricia y como requisito para examen profesional, se elabora sobre el proceso de enfermería por ser un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería, tomando como modelo el de La Teórica Virginia Henderson y la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA, ya que es un modelo que al aplicarse a la práctica nos conduce a un campo de acción específica de la profesional de enfermería.

OBJETIVO GENERAL

Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación de la Carrera sobre el Proceso de Enfermería, aplicándolo con el modelo de Virginia Henderson a una paciente obstétrica, obteniendo nuevos conocimientos en su desarrollo y de esa manera lograr proporcionar atención de enfermería personalizada y de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar en la paciente datos objetivos y subjetivos que sirvan de referencia para apreciar la evolución de su estado de salud, que permita detectar las necesidades fundamentales que presenta durante la etapa puerperal.
2. Establecer la relación entre los problemas de dependencia, para llegar a los diagnósticos de enfermería.
3. Instrumentar un plan de cuidados individualizado con las intervenciones de enfermería de acuerdo a las prioridades de atención que requiera la paciente.
4. Ejecutar las intervenciones de enfermería y las actividades de enseñanza en la paciente puerpera, para llevarla a la independencia en el cuidado de ella y su recién nacido.
5. Determinar lo que se va a evaluar en base a los objetivos del plan de cuidados y la ejecución de los cuidados.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1.1. Generalidades del proceso de enfermería.

En la actualidad se ha formado una polémica referente a que si la enfermería es una profesión o una carrera técnica, lo que más se discute es su formación académica, y los orígenes históricos de ésta, con gran arraigo religioso y el status de la mujer, pero analizando también el significado de las palabras profesión y oficio, se puede observar que sí es una profesión, ya que se entiende por ello que; se considera profesión a un grupo de personas que han conseguido un título, un status, mediante una formación, con el fin de ejercer una actividad. En la enfermería parece que el grupo de pertenencia profesional se crea mucho más por la formación que por la naturaleza de su actividad; esta formación muestra, en si misma, desde su principio, una ideología común.⁶

Los conocimientos requeridos para la enfermería, deben permitirle vincularse de manera más humana con el cliente-usuario, al proporcionarle los cuidados demandados durante su estancia hospitalaria, a la familia y a la comunidad.

Este conocimiento profundo incorpora los 4 tipos de conocimientos identificados inicialmente por Carper en 1978 y que a continuación se presentan.⁷

Conocimiento empírico, se refiere al conocimiento científico. Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar. Incluye procesos descriptivos, exploratorios y prescriptivos. Este tipo de conocimientos ha sido el centro de atención de Enfermería, durante los últimos 20 años (Chinn y Kramer, 1991).

Conocimiento estético se refiere a todo aquel conocimiento expresado, a través

⁶ Francoise C.M. Promover la vida. 3ª. Edición. Editorial Mosby/doyma libros, España, 1994. Pág. 10

⁷ L. Dinspon. "Identidad Profesional, humanismo y desarrollo tecnológico" en XIII. Reunión de Licenciados en Enfermería, México, D.F., ENEO-UNAM 1993. Pág. 180 memorias.

del arte de Enfermería. Este tipo de conocimientos no ha sido bien articulado y en general es transmitido de enfermera a enfermera, a través de métodos de observación.

Conocimiento Personal; se refiere al conocimiento de uno mismo. Carper dice que mientras más la enfermera se conoce a sí misma, mejor podrá conocer a otras personas. Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Conocimiento Etico. Se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas, que como enfermeras enfrentamos. Este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente y abogacía.

Es indiscutible que los 4 tipos de conocimiento son indispensables para alcanzar un entendimiento profundo de la persona.⁸

Definición de enfermería.

Se concibe a la Enfermería como una disciplina, cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida.⁹

Virginia Henderson menciona: "La función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible"¹⁰, Doris Grinspun considera a la enfermería como: "El arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud".¹¹

⁸ Ibid. Pág. 182.

⁹ Cárdenas J. M. Comisión de Enfermería. Conceptualización de la Enfermera en material de apoyo. Seminario de Proceso de Enfermería México D.F. ENEO UNAM 2000.

¹⁰ Henderson, A. Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. México. Interamericana. McGraw-Hill, 1994. pág. 19

¹¹ Grinspun. "Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico" en XIII Reunión de Licenciados en Enfermería. México D.F., ENEO-UNAM, 1993, p. 180. Memorias.

Dorothea Orem por su parte explica: "son las acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el autocuidado o proporcionar un cuidado propio terapéutico a los individuos que son incapaces de hacerlo por sí mismos".¹²

Origen de los cuidados.

Cuidar es mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y función, mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.¹³

En la historia de todos los seres vivos, desde el principio de la humanidad, se encuentra fundamentalmente; asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta lo que es indispensable para asumir las funciones vitales; recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor, por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento.¹⁴

Cuidar de la vida...Este primer arte verdadera creación que del nacimiento a la muerte participa del misterio de la búsqueda de la vida. Vida de la madre que da a luz, del recién nacido que se afirma del niño que se lastima, del accidentado que reinicia sus primeros pasos, del enfermo que sufre, del drogadicto que se sumerge en su delirio, del anciano que se pregunta donde está...

Cuidar...este arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir, iniciado por las comadronas desde los albores de la humanidad, fue el origen de los primeros conocimientos y la matriz de todas las culturas.

Este arte de cuidar, insertado en la vida cotidiana, después de haber sido objeto

¹² Orem, 1993. Pp. 5 y 6

¹³ Bernal, B. Pineda, R.M.E. Compiladoras. "Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería" en Antología de textos de filosofía y filosofía de enfermería. ENEO-UNAM, México, D.F 1996 P 19

¹⁴ Ibid. P. 18

de desprecio y descrédito con la expansión del cristianismo,¹⁵ que dio el poder de guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida, al sacerdote, que es al mismo tiempo el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, es decir está designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo, y que con sus votos de castidad modificaron todo el simbolismo del contacto con el cuerpo sexuado; este hecho transformará progresivamente el concepto y significado profundo de todo el conjunto de cuidados.

El campo de los cuidados se queda aislado parcelado, fisurado, se sustrae de las dimensiones sociales y colectivas. A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes milenarias que han sido elaborados a lo largo de la historia, y frente al problema de la VIDA y la MUERTE, cuidar se convierte en tratar la enfermedad.¹⁶

Origen del arte de cuidar.

Como menciona Colliere (1999). En el curso de la historia de la humanidad, en todas las sociedades, los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad, y de asegurar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la muerte. Sin embargo, la vida y la muerte no están disociadas; la vida es el camino que conduce a la muerte, que constituye la última etapa.¹⁷

A partir del nacimiento, es decir de la muerte, los cuidados representan todo lo que se ha podido desarrollar de ingenio de creatividad, principalmente en relación a los cuidados del cuerpo y a los cuidados alimentarios para:

Asegurar la continuidad de la vida.

¹⁵ Colliere, M.F. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. En Revista Rol Enfermería 1999, 22 (1) P p 28

¹⁶ Bernart B. Op. Cit. P. 20, 23

¹⁷ Ibid. P. 28

Permitir atravesar las difíciles etapas de la vida.

Cuidados corporales.

Alrededor del cuerpo se elaboran los cuidados de primera necesidad que se perfilan en torno al aseo, y de ningún modo representan una práctica de limpieza sencilla tal y como muestra Ashley Montagu, sino más bien un conjunto de estímulos producidos por el tacto, por el contacto con agua, por el uso de plantas sedantes (aceites y ungüentos) y odoríferas, participando de un juego de relaciones entre el que recibe los cuidados y la que los presta. Todos estos cuidados tienen por objeto contribuir a poner sobre aviso y a modelar el cuerpo sexuado, imprimiéndole mensajes de comportamiento.

Los cuidados corporales estimulan y utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo, el olfato y el tacto en particular. El olor permite detectar signos que anuncian un acontecimiento: [Cuando una mujer está a punto de parir, es también el olor el que permite reconocer el momento exacto del parto, la mujer mayor se guía por el olor que le indica que el bebé está a punto de salir].¹⁸ Pero el olfato es el que nos pone en contacto con la naturaleza, el que nos une al universo, la mujer es de alguna manera instrumento de esta unión. [De hecho, el perfume "natural" está concebido como si fuera parte de la propia naturaleza de la sustancia femenina].¹⁹ El olfato sirve también para detectar algunas enfermedades y para identificarlas.

El tacto por las manos que movilizan fuerzas de vida y el contacto directo con la piel son fuentes de estímulo y de movilización. Las manos, al acariciar, al rozar o al hacer presión, calman, apaciguan, relajan, alivian, dilatan o tonifican. Mueven sensaciones cinestésicas por medio de pellizcos, fricciones, estiramientos así como sensaciones térmicas, despertando sensaciones de placer o de desagrado. Aparte de las manos, el contacto directo con la piel es al mismo tiempo fuente de estímulo y de bienestar, y muy especialmente el contacto directo con los senos,

¹⁸ [Hommes, parfums et dieux], *Le courrier du Musée de l'Homme*, no. 6, novembre 1980, p. 3

¹⁹ *Ibid.* P. 5

zona privilegiada de estímulo olfativo y gustativo, de recursos nutritivos y afectivos, y simbólicamente zona de regeneración, de plenitud o de lugar de refugio para encontrar ternura, consuelo, alivio del dolor, del sufrimiento. Como fuente de ventajas y comodidades, el pecho de la mujer que ha dado a luz es un abra conocido por sus efectos curativos, que calma el llanto de los niños y hasta los mayores dolores.

Alrededor del cuerpo y por medio del tacto se elaboran los masajes., se descubren los puntos de conducción o inhibición del movimiento, del dolor, de las sensaciones cinestésicas: así, colocar la mano en lo alto del vientre situándolo a nivel del plexo solar, calma y relaja.

Los cuidados corporales abarcan asimismo todo lo concerniente a proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano; de ahí proceden todos los hábitos de lavado. Baños, coladas, quehaceres y mantenimiento de la casa son prácticas purificadoras, que sustentan la vida y tienen por objeto hacerla resurgir. [El baño, la colada, el cuidado de la casa reanudan así una fase anterior, hacen volver las cosas a su punto de partida, de sucio a limpio, de la muerte a la vida]²⁰

[No es casualidad que en muchas civilizaciones los cuidados a los muertos y los rituales funerarios hayan sido propios de mujeres. Es debido a que se las consideraba mucho más unidas que los hombres al ciclo —el eterno retorno— que llevan a todos los seres de la vida a la muerte y de la muerte a la vida. Ellas crean, pero también destruyen].

El aseo mortuario y el amortajamiento a cuyo alrededor se elaboran toda clase de prácticas rituales de purificación, de embalsamamiento, de premonición del regreso del alma de los muertos, han seguido siendo cosa de mujeres prácticamente hasta nuestros días, como demuestran diversas ilustraciones pictóricas o estatuarias. Aún actualmente, suelen ser las mujeres las que siguen llevando a cabo estos últimos cuidados corporales en los hospitales, bien como

²⁰ Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire*, Paris, Gallimard, 1980. P. 127

veladoras nocturnas, auxiliares de enfermería o como enfermeras. El médico sólo confirma la defunción.

Cuidados elaborados en torno a la alimentación.

El mantenimiento, la continuidad de la vida no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a restaurarla, sin beber sin cesar en esta indispensable fuente de energía que es el alimento. [Durante miles de años de evolución, la caza y la recolección habían sido los únicos medios de vida],²¹ la caza o la pesca sólo representaban alrededor de un tercio de los recursos alimentarios. Lo esencial de los recursos alimentarios se construye alrededor de la cosecha que proporcionan las mujeres. [Al ser físicamente más grandes, más fuertes y más rápidos, los hombres salían a cazar en busca de carne, mientras que las mujeres proporcionaban la estabilidad esencial para la comunidad por medio de la recolección de productos vegetales, del cuidado y la educación de los niños].²² De este modo, la economía alimentaria depende esencialmente de los vegetales y de la existencia de las mujeres.²³ Poco a poco se va a tejer toda una red de convivencia entre plantas y mujeres que después de haber cogido, cortado, recogido frutos, bayas, nueces, melones, raíces y bulbos, van a aprender a recolectar. Alrededor de los vegetales empezará a hacer lo que sin duda será la más grande alquimia del mundo, la transformación de los productos recogidos en polvo, harinas, pastas, o incluso en zumos y brebajes de todas clases.

Poco a poco las plantas constituirán la base principal de todas las prácticas curativas, mejorando la actividad de las mujeres y participando de todos los cuidados fundamentales de conservación y mantenimiento de la vida; del aseo al adorno, de la alimentación a la medicación.²⁴

²¹ Leakey R. *Les origines de l'Homme*, Paris. Arthaud, 1980. P. 148

²² *Ibid.* P. 174

²³ *Ibid.* P. 172

²⁴ Bernal. *Op. Cit.* P. 36

1.2 Concepto del Proceso Atención Enfermería.

Modelo de atención de enfermería.

Un modelo de atención, es la representación esquemática de la realidad, permite la manipulación de los conceptos de una teoría antes de someterlos a la verificación en la práctica, son flexibles, se ajustan a una realidad específica, pueden surgir varios modelos sustentados en una teoría, los modelos pueden ser estudiados, comprobados y teorizados para constituirse en una teoría; Susan Leddy, apunta que la importancia de los modelos para la práctica de enfermería radica en que somete a prueba a través de la investigación, las relaciones propuestas por el modelo, efectúa un análisis descriptivo de los cambios del individuo y modifica el cuidado,²⁵ a través de la clasificación de la información que es útil durante el proceso de enfermería.

El proceso de enfermería según la OMS (1977)²⁶ es un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de sus necesidades de salud, así como la jerarquización de aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados, el enfermero en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar, moviliza recursos y evalúa los resultados, éstos son el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en otras situaciones similares de cuidados de enfermería.

Es el método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso de la persona, así como en principios y reglas

²⁵ Leddy Susan. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Philadelphia. OPS. 1989. P. 174.

²⁶ Citado en Enfermería y cuidado de salud, de Susan M. Hinchliff y otras. Madrid., Doyma. 1995. P. 174

que de ser aplicados en situaciones de la vida diaria, mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos.²⁷

Reseña histórica del proceso de enfermería.²⁸

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos. Y estaban más enfocados hacia las enfermedades que a la propia persona. Con frecuencia se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por método científico.

El término P.A.E. (Proceso Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año 1955. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1967). El proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967), sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería; descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE), describió cinco fases; percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como "la interpelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interpelación resultante" (Catholic Universiti of America propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación .

En 1973, la American Nurses Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases de del proceso. Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería. El concepto de diagnóstico de enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente.

²⁷ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica. 3ª ed. Ed. Mosby/Doyma, Barcelona España, 1992. P.6

²⁸ Kozier, Barbara. " El Proceso de Enfermería" en Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana, México, D.F. 1994. P.181

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Las enfermeras (grupo formado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes) de esta conferencia definieron el diagnóstico en enfermería como la "conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería" (Gebbie y Levin 1975). Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Como resultado de su trabajo, se desarrolló una lista de diagnósticos que fueron aceptados para su estudio y validación clínica. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado más de 100 categorías diagnósticas.

En 1980, la ANA declaró que "La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales". En 1982, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PAE en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

Método científico y proceso atención de enfermería.²⁹

EL método científico es un proceso de investigación, de análisis, de interpretación, de planificación y de evaluación y al relacionarlo con las etapas del Proceso Atención de Enfermería que son; valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, se propicia el desarrollo lógico y sistemático del trabajo de la enfermera respecto al cliente, y le confiere un cierto rigor científico

²⁹ Wolf, Weitzel, et, al., . Curso de Enfermería Moderna. 7ª edición. Editorial Harla. México, 1988 Pp. 249-252

METODO CIENTIFICO	P.A.E.
I.- Observación (identificación del problema)	I.- Valoración: Recolección y selección de datos: por medio de fuentes; Directas; PACIENTE. Indirectas; Expediente, familia, comunidad, equipo de salud, bibliografía.
II.- Formulación de hipótesis.	II.- Diagnóstico: Conclusión del estado de salud del paciente, familia y comunidad. Problemas reales y potenciales. Jerarquización de necesidades.
III.- Prueba de hipótesis.	III.- Planificación: Planeación de los cuidados de enfermería y los objetivos de los cuidados.
IV.- Soluciones sobre resultados de la hipótesis.	IV.- Ejecución. Implementación del plan. Las notas o registros para dar atención de calidad. Relación enfermera-paciente y el equipo de salud, familia o comunidad, quienes hacen los ajustes necesarios para cumplir los objetivos.
V.- Evaluación.	V.- Evaluación: Decisión de la eficacia del plan. Aspectos, Efecto, Esfuerzo, Eficiencia. Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada.

1.3 Etapas del proceso atención de enfermería.

1.3.1 Valoración.

Valoración: es la primera parte de la identificación del problema en que se reúne información para asegurarse de que dispone "de todas las piezas del rompecabezas" para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

Consta de los siguientes pasos:

Recolección de datos.

La recolección de datos inicia con el primer contacto del paciente/cliente con el sistema de cuidados de salud. Este se puede dar en un centro de atención primaria o consulta externa o en el servicio de admisión o urgencias.

Fuentes para reunir los datos.

- Fuente primaria; Paciente.
- Fuentes secundarias; Familia.
- Registros de enfermería.
- Registros médicos.
- Consultas verbales/escritas.
- Registros de estudios.
- Diagnósticos.
- Bibliografía relevante.

Tipos de valoraciones de enfermería.

La recolección completa de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería,

Valoración de datos básicos. Se realiza durante la entrevista inicial *con el paciente* para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información nos dice como está el paciente hoy, antes de iniciar la intervención, y cuáles serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas.

Esta deberá ser planificada, sistemática, completa para asegurarse de que se obtiene toda la información pertinente. El empleo de un formato de registro para la recolección de datos de acuerdo a un modelo de enfermería es muy importante.

En el caso que se presenta en este trabajo se tomará el modelo de Virginia Henderson.

Esto obedece a que la organización de los datos básicos mediante un modelo médico ayudará a recolectar información sobre problemas médicos. Sin un

enfoque holístico de enfermería, es probable que se omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser humano biopsicosocial.

Valoración focalizada. Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

La valoración focalizada es en principal método para la valoración continuada, es decir valoraciones periódicas para monitorizar el estado del paciente.

Entrevista de enfermería y valoración física.

La entrevista de enfermería; Lo que se ve y se oye durante la entrevista sirve para aportar información importante para la valoración de enfermería.

Aspectos importantes para la entrevista:

- Establecer una relación de confianza.
- Capacidad de observación.
- Saber escuchar.
- Formular preguntas bien elaboradas.

Fases de la entrevista³⁰

Fase de Preparación; La enfermera la prepara revisando la información disponible en el expediente médico, también revisando literatura relativa al problema de salud del usuario. La entrevista debe tener lugar en un lugar cómodo y tranquilo cuando sea posible.

Fase de Orientación; explica al usuario el propósito de la entrevista y se familiariza con él. Se le clarifica la confidencialidad de la información.

³⁰ Potter, Patricia. "Historia de Enfermería" en Valoración Física, Editorial Interamericana Mc Graw Hill Madrid, España. 1992 P 14

Fase de trabajo; la enfermera centra la entrevista en las dimensiones de salud del usuario utilizando un modelo que forma la base de datos para una eventual identificación del diagnóstico de enfermería. Los datos son confirmados posteriormente

Fase de terminación; la enfermera concluye la entrevista resumiendo la información recogida. Los problemas o diagnósticos y los objetivos de los cuidados son validados con el cliente. La enfermera explica cómo se efectuará un contacto adicional con él, incluyendo la preparación de la valoración física.

La valoración física de enfermería; Se realiza conjuntamente con la entrevista de enfermería. Esto se consigue mediante un examen completo y sistemático del paciente.

El examen incluye las siguientes actividades;³¹

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

- Auscultación; es escuchar los sonidos creados en los organismos corporales para detectar las variaciones con respecto a lo normal.

Con la auscultación en cualquier zona, la enfermera debe tener en cuenta el origen y la causa del sonido, la zona exacta en la que se oye mejor, y las cualidades normales del sonido para valorar las desviaciones de lo normal.

- Palpación; consiste en utilizar las manos para tocar las partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas.

La palpación se utiliza para examinar todas las partes del cuerpo, utilizando las distintas partes de la mano para detectar las características de textura, forma, temperatura y movimientos.

³¹ *Idem.* Pp. 19-28

- **Percusión;** es golpetear la superficie del cuerpo con un dedo para producir sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño, y densidad de las estructuras subyacentes para verificar las anomalías valoradas mediante la palpación y auscultación.

Estos pueden ser por el sistema de exploración cefalo caudal o por aparatos y sistemas.

Identificación de los datos.

Cuando se reúne la información durante la valoración, es útil separarla en dos categorías: datos subjetivos y datos objetivos.

Datos subjetivos; son los que el paciente/cliente expresa. Son sentimientos y percepciones.

Datos *objetivos*; son información concreta y *observable*.

Validación de los datos.

Se centra en asegurarse de que los datos son reales, cerciorándose que las claves son correctas así como las inferencias o interpretaciones.

La validación de los datos ayuda a evitar:

- Omisiones de información pertinente.
- Malas interpretaciones de situaciones.
- Precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada.

Organización de los datos

Tras haber reunido y validado los datos del paciente, el siguiente paso es la organización y estructuración en categorías de información que ayude a identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

Para organizar los datos es necesario definir un modelo de enfermería para asegurar que los datos nos conduzcan a la identificación de los diagnósticos de enfermería, cerciorándose de agrupar los datos relacionados con la función de órganos y sistemas corporales y así poder ver mejor los problemas relacionados con su función. El punto es hallar un buen sistema de organizar los datos y usarlo de manera consistente para adquirir experiencia ya sea sistematizada o globalizada.

Comunicación/anotación de datos.

La comunicación verbal de los hallazgos significativos, por ejemplo, signos vitales anormales, dolor, problemas respiratorios o circulatorios, deben tener prioridad sobre la finalización de la anotación de los datos básicos de enfermería una vez que se haya informado de los datos significativos y se haya completado y anotado la valoración de enfermería completa, ha llegado el momento de avanzar a la siguiente etapa del proceso de enfermería: el diagnóstico.

1.3.2 Diagnóstico.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo,³² familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

³² Carpenito, Linda. "Creación del Diagnóstico de Enfermería" en *Diagnósticos de Enfermería* Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill Madrid, España, 1995. P.6

Durante la valoración se reunieron y examinaron los datos y se empezaron a detectar patrones de salud y enfermedad. Ahora durante esta etapa, *el diagnóstico*, se acabara de "ordenar todo" para identificar los problemas (que serán la base del plan de cuidados) y las capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficiente).

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina *razonamiento diagnóstico*. Para el cual existen principios fundamentales que sirven de guía para disminuir riesgos de los errores diagnósticos que son los siguientes,

- Iniciar intervenciones que realmente agraven el problema.
- Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema.
- Permitir que los problemas existan o progresen sin ni siquiera detectar su presencia.
- Iniciar intervenciones que no son lesivas, pero que malgastan el tiempo y energía de todos.
- Influnciar en otros de que el problema existe tal como erróneamente se ha descrito.
- Colocarse a sí misma ante el peligro de responsabilidades legales.

Diagnósticos de enfermería versus problemas interdependientes.

Carpenito (1987) dice que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnósticos de enfermería. Ella cree que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas: *los diagnósticos de enfermería* (que implican el rol *independiente* de la enfermera) y los *problemas*

interdependientes (que implican el rol *interdependiente o de colaboración* de la enfermera). He aquí como define ella estos problemas.

Diagnósticos de enfermería. Una formulación que describe la respuesta humana (un estado de salud/alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

Problema interdependiente. Complicación fisiológica que es o puede ser resultado de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento. Las enfermeras realizan el control de su inicio/estado y colaboran con el médico para su tratamiento definitivo.

Alfaro, Rosalinda los define de la siguiente manera:

Diagnostico de enfermería. Un problema de salud real o potencial que se centra en la *respuesta humana* de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar *independientemente*.

Problema interdependiente.. Un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta *fisiopatológica* del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar *en colaboración con el médico*.

Los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

La lista de la NANDA es el inicio de una lista de *términos propuestos* para *problemas de salud sugeridos* que pueden ser identificados y tratados por las enfermeras.

Cada una de las etiquetas de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA consta de tres componentes, título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados.

Título o etiqueta. Ofrece una descripción concisa del problema de salud.

Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

- *Factores etiológico y contribuyentes.* Identifican aquellos factores situacionales, Patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

Tipos y componentes de los diagnósticos de enfermería.³³

Diagnóstico de enfermería real.

Un diagnóstico de enfermería real representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este tipo de diagnóstico de enfermería tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que los definen y factores relacionados.

Enunciado.

El enunciado debe ser descriptivo de las características que lo definen (Gordon,1990). Siempre que sea , posible debe contener un calificador preciso, como "alteración", "deterioro", "déficit". "inefectivo o "disfuncional, en lugar de un modificador más vago y subjetivo, como "inaceptado", "escaso" o "inadecuado". El término real no forma parte del enunciado en un diagnostico de enfermería real.

Definición.

Al expresar un significado claro y preciso del diagnostico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnostico particular de otros similares. La definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que, lo definen.

³³ Idem. pp. 16, 17

Características que lo definen.

En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto, apuntan a ese diagnóstico.

Factores relacionados.

- En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías;
- Fisiopatológicos: biológicos y psicológicos.
- De situación: ambientales personales.
- De maduración.

*Como escribir las formulaciones diagnósticas para los diagnósticos de enfermería reales*³⁴

Cuando se escriban las formulaciones diagnósticas para un diagnóstico de enfermería real, se puede usar el formato P E S (problema, etiología, signos y síntomas) para describirlo. Es decir se escribe una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

1. El problema (P).
2. La causa o etiología (E).
3. Los signos y síntomas (Características definitorias) que son evidentes en el paciente (S).

³⁴ Idem. p. 28

Problema		Etiología		Síntoma
Denominación diagnóstica	En relación con	Factores colaboradores	Según se evidencia por	Signos y síntomas

Diagnósticos de enfermería con alto riesgo.³⁵

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es "un juicio clínico de que un individuo, una familia, una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar". En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase "potencial de". Sin embargo en la actualidad todos los diagnósticos de enfermería potenciales comienzan por "Alto riesgo de".

El concepto de "potencial" o "real" es de utilidad clínica; las enfermeras previenen de forma rutinaria problemas en clientes que no tienen alto riesgo. La validación para apoyar un diagnóstico real está en los signos y síntomas.

Enunciado.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa del estado de salud alterado del cliente va precedido por el término "Alto riesgo".

Definición.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferenciar entre diagnósticos similares.

³⁵ Idem. P. 19

Factores de riesgo.

Representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos factores diferencian a los clientes y grupos de alto riesgo del resto de la misma población que tiene un alto riesgo. Antes de 1990, el término "características que lo definen" se utilizó para describir los factores de riesgo para diagnósticos de enfermería potenciales. Sin embargo, las revisiones de la NANDA de 1990 piden, hoy día, que las características definitorias se empleen en asociación con los diagnósticos de enfermería reales.

Diagnósticos de enfermería posibles.³⁶

La palabra *posible* se utiliza en los diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados. La NANDA no trata los diagnósticos de enfermería posibles debido a que no son temas a clasificar, sino una opción disponible para todos los diagnósticos de la NANDA aprobados. Con un diagnóstico de enfermería posible, la enfermera tiene algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado, pero que son insuficientes.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes que constan de:

El diagnóstico de enfermería posible.

Los datos "en relación con" que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

³⁶ Idem, p. 21

1.3.3 Planificación.

Planificación; es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico de enfermería.³⁷

Consta de cuatro etapas:

Fijación de prioridades.

La actividad de establecer prioridades ocurre durante la fase inicial de la planificación y de la fase de ejecución. Durante la fase inicial de planificación es necesario fijar prioridades para planificar los cuidados de enfermería. Durante la fase de ejecución, deberá asignar prioridades diariamente.

Esta fase inicial incluye;

- Determinar los problemas que requieran atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados de enfermería (aquellos que son inmesurables o complejos).
- Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control o tratamiento.

Principios básicos para la fijación de prioridades

La asignación de prioridades estará influida por lo siguiente:

La percepción de prioridades del propio cliente: Preguntarle al la persona que es lo que en su opinión es importante y se le explican las razones si se tienen que imponer unas prioridades distintas a las que el sugiere.

³⁷ Kozier, op.cit. p. 226

El plan general de tratamiento. Se ven las indicaciones médicas y priorizar las que se desprendan dependiendo del tratamiento.

El estado general de salud del cliente. Va a depender del estado de gravedad o evolución en el momento en que se establece la intervención de enfermería.

La presencia de problemas potenciales. Se debe valorar el riesgo en que se sitúa el paciente en ese momento.

Establecimiento de objetivos.

Los objetivos/resultados esperados pueden clasificarse en tres dominios; cognitivo, afectivo y psicomotor. A continuación hay una descripción de cada uno:

- *Competencia cognitiva.* Resultados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
- *Competencia psicomotora.* Resultados que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras.
- *Competencia afectiva.* Resultados asociados con cambios de actitudes, sentimientos o valores.

Después de la fijación de prioridades, el establecimiento de *objetivos realistas* es la tarea más importante de la fase de planificación. Y es así debido a las siguientes razones:

- Los objetivos son los "pilares" del plan de cuidados.
- Los objetivos dirigen las actuaciones.
- Los objetivos son factores de motivación.

Objetivos a corto y largo plazo.

Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo (OLP) son aquellos que deben lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses. Se pueden fijar varios objetivos a corto plazo para alcanzar objetivos a largo plazo.

Los objetivos a largo plazo también incluyen los objetivos continuados, es decir, los que deben conseguirse cada día. Estos tipos de objetivos a largo plazo generalmente se formulan con las palabras "cada día" o "mantendrá".

Este tipo de objetivos a largo plazo también se considera como el "objetivo para el alta" del cliente. Estos objetivos deberán estar claramente formulados en el plan de cuidados para que todo el equipo de cuidados sepa que "esto es lo que queremos conseguir".

Objetivos centrados en el cliente

En vez de describir objetivos de enfermería, es decir, lo que la *enfermera* desea conseguir, se ha reconocido que la determinación de objetivos *centrados en el cliente* es un método eficaz para formular los objetivos. Esto se debe a que los objetivos centrados en el cliente se fijan en *el resultado final deseado* del plan cuidados: *los beneficios que obtiene el cliente de los cuidados de enfermería*.

Esto es que "es un resultado o cambio deseado en la conducta del cliente dirigido a la salud".

Propósitos de los objetivos del cliente³⁸

1. Proporcionar una dirección para planificar las actividades de la enfermera, que alcance los objetivos y se anticipe a los posibles cambios del cliente.

³⁸ Idem. p.22

2. Proporcionar una dirección para establecer los criterios de evaluación que mediarán la eficacia de la intervención.

Criterios de resultados.³⁹

Los criterios de resultados son afirmaciones que describen las respuestas del cliente de forma específica, observable y cuantificable. Determinan si el objetivo se ha alcanzado y, por lo tanto, son fundamentales para la evaluación.

Finalidades de los criterios de resultados.

1. Dirigir las actividades de enfermería.
2. Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
3. Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
4. Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuando se ha resuelto el problema.

Características de un buen enunciado de los criterios de resultados.

- Cada criterio de resultados se refiere al objetivo establecido.
- El resultado establecido en el criterio es posible de lograr.
- Cada criterio es un enunciado para un resultado específico.
- Cada criterio será tan concreto y específico como sea posible, para facilitar su medición.
- Cada criterio es apreciable o medible, es decir el resultado puede ser visto, oído, sentido o medido por otra persona.

³⁹ Idem. Pp. 229-230

Determinación de actividades de enfermería.

Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas de enfermería que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y promover, mantener y restaurar la salud y son las siguientes:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar el estado de los ya existentes.
- Realizar educación sanitaria del paciente para ayudar a los clientes a adquirir nuevos conocimientos respecto al cuidado de su propia salud.
- Asesorar a los clientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de su propia salud.
- Consultar con otros profesionales del cuidado de la salud y derivar a los clientes a ellos para que obtengan las directrices adecuadas.
- Realizar acciones específicas de tratamiento para eliminar, reducir o resolver los problemas de salud.
- Asistir a los clientes a realizar actividades por sí mismos.
- Consideremos el rol de la enfermera de valorar, enseñar, aconsejar y asesorar cuando proporciona cuidados al paciente.

Determinación de las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería.

La determinación de las intervenciones de enfermería para diagnósticos de enfermería específicos implica determinar las acciones o actividades de enfermería que lograrán los resultados esperados establecidos. Esto es ¿qué va a hacerse para reducir o resolver cada uno de los diagnósticos que ha identificado?

A continuación hay tres preguntas importantes a formular cuando se determinan las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería.

1. ¿Cual es la causa (etiología) del problema?
2. ¿Que puede hacerse para eliminar o minimizar la causa?
3. ¿Cómo puedo ayudar al cliente para alcanzar los resultados esperados?

Como determinar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería reales, potenciales y posibles.

Para un diagnóstico de enfermería real.

1. Estudiar la etiología (cláusula que sigue a "relacionado con") e identificar las actividades que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas de las manifestaciones clínicas para controlar el estado de los signos y síntomas del problema.

Para un diagnostico de enfermería potencial

1. Estudiar la etiología y determinar las intervenciones que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambien el estado del diagnóstico, de potencial a real.

Para diagnósticos de enfermería posibles.

Identificar métodos de recolección de más datos sobre el posible diagnostico para determinar si existe cualquiera de las manifestaciones clínicas o factores contribuyentes del diagnóstico.

Determinación de las intervenciones de enfermería para los problemas interdependientes

Las intervenciones de enfermería para los problemas interdependientes incluyen lo siguiente:

- realizar valoraciones frecuentes para controlar el estado del paciente y detectar signos tempranos de complicaciones fisiopatológicas.
- Alertar al médico cuando se sospecha la presencia de signos potenciales y síntomas tempranos de potenciales complicaciones fisiopatológicas

Documentación del plan de cuidados.

Un plan de cuidados es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo.

Fines del plan de cuidados.⁴⁰

1. Proporcionar un cuidado *individualizado* al cliente.
2. Asegurar la *continuidad del cuidado*. Un plan por escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen el cuidado del cliente.
3. *Dirigir las anotaciones a realizar* en las hojas de evolución. El plan de cuidados perfila específicamente qué observaciones hacer, qué actividades hay que desarrollar y qué instrucciones hay que dar al cliente y a la familia
4. Ayuda a *organizar* el trabajo en el servicio.

Para cumplir estos fines, el plan de cuidados de enfermería deberá cumplir los siguientes:

⁴⁰ Idem. p. 237

Un breve perfil del cliente(nombre, edad, talla, peso, etc.)

- Objetivo a largo plazo para el alta.
- Diagnostico de enfermería y sus correspondientes resultados esperados.
- Ordenes específicas de enfermería.
- Un espacio para comentarios de evaluación.

1.3.4 Ejecución.

Bulecheck y McCloskey (1985, pág. 8) definen la actuación de enfermería (ejecución) como "una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

Actividades de la fase de ejecución.

Recolección continua de datos.

La recolección continua de los datos proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no es apropiado. Dependiendo de la situación, debe estar dispuesta a cambiar las actividades según sea necesario: las intervenciones que ayer fueron apropiadas, hoy pueden ser inútiles e incluso perjudiciales.

También nos puede proporcionar *información clave* sobre la adecuación de los diagnósticos de enfermería del cliente.

Establecimiento de prioridades diarias.

Se requiere de habilidad para fijar las prioridades diarias en la ejecución del plan de cuidados, pues se tiene que valorar diariamente y ser flexible. En esta etapa se

sugiere considerar los principios básicos para la fijación de prioridades que se mencionaron en la etapa de planificación.

Realización de las actividades de enfermería.

La ejecución de las actividades de enfermería incluye lo siguiente:

- Realizar directamente una actividad para el cliente.
- Ayudar al cliente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al cliente (o familia) mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al cliente (o familia) sobre sus cuidados de salud.
- Asesorar al cliente (o familia) en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) del cliente para detectar potenciales complicaciones y/o problemas.

Para describir las actividades de Enfermería, con frecuencia se utilizan los términos; independientes, interdependientes y dependientes.

Independientes.

Las funciones independientes son aquellas actividades que se considera que están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento. Estas acciones no necesitan una orden médica. Estos son unos ejemplos:

1. Valoración del cliente/familia durante la anamnesis y exploración física para determinar el estado de salud.
2. Diagnósticos de las respuestas que requieren intervenciones de enfermería.

3. Identificación de acciones de enfermería que es probable que conserven o restablezcan la salud.
4. Ejecución de medidas diseñadas para motivar, guiar, apoyar, asesorar o enseñar al cliente/familia.
5. Acudir a otros miembros del equipo de salud cuando esté indicado y permitido por las actas de práctica de enfermería de su estado.
6. Evaluación de las respuestas del cliente ante las intervenciones médicas y de enfermería.
7. Participación con los usuarios u otros profesionales de la salud en la mejora de atención sanitaria.

Interdependientes.

Son aquellas que se llevan a cabo junto con otros miembros del equipo de salud.

Dependientes.

Son las actividades que se llevan a cabo basándose en las órdenes médicas. Esto incluye la administración de medicamentos, o tratamientos específicos.

Registro de los cuidados de enfermería.

El registro, o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas de salud. Las notas de enfermería que se escribirán se convertirán en parte del registro legal permanente del paciente, un registro que puede más tarde ser presentado como evidencia ante un tribunal de justicia. Estas anotaciones serán la comunicación escrita más actual de lo que ha sucedido al paciente durante el curso del día. Unas buenas anotaciones de enfermería claras y reales reforzarán los cuidados del paciente porque comunicarán los aspectos pertinentes de su salud y ayudarán a los demás a valorar sus patrones de respuesta. Las anotaciones pueden proporcionar la única prueba de que se ha

llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería. Esta información puede ser requerida más tarde para la evaluación de los cuidados de enfermería.

1.3.5 Evaluación.

Esta etapa consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos.

Constituye un proceso continuo y terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta cómo reacciona el cliente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no. Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente

Actividades de la fase de evaluación.

Establecimiento de criterios de evaluación.

Los criterios que se establezcan para la evaluación de los objetivos del cliente, serán los mismos que los objetivos o criterios de resultados que se identificaron en el plan de cuidados.

Evaluación del logro de los objetivos del cliente.

La evaluación del logro de los objetivos por parte del cliente empieza con la valoración. Esto significa que se tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado de salud actual y responder a las siguientes preguntas:

- ¿Los problemas son los mismos que se definieron originalmente?
- ¿ Son los más complicados que los que se describieron al principio?
- ¿ Han surgido nuevos problemas?

- Una vez respondidas estas cuestiones, debe preguntarse:
- ¿ Estamos a punto de comprobar el logro de los objetivos?

Identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos.

Para identificar las variables que afectan el logro de los objetivos, se tendrá que examinar lo que sucedió durante las fases de planificación y ejecución, y responder a las siguientes preguntas.

- ¿Los objetivos e intervenciones fueron realistas para este cliente en concreto?
- ¿Se realizaron las intervenciones coherentemente, tal como se prescribieron?
- ¿Los nuevos problemas o respuestas adversas del paciente se detectaron suficientemente pronto como para hacer los cambios apropiados en el plan de cuidados?

Modificación del plan de cuidados.

Cuando se comprueba la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera tiene que completar los siguientes pasos:

1. Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos de alguna manera para indicar que son nuevos.
2. Revisar los diagnósticos, poniendo fecha en los nuevos.
3. Revisar las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos.

4. Establecer nuevas estrategias que corresponden a los diagnósticos, incrementando o disminuyendo las necesidades de cuidado del cliente, cambiando los calendarios y reorganizando las actividades de enfermería, agrupando actividades similares o permitiendo mayores periodos de descanso y actividad al cliente.
5. Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

1.4. Generalidades del modelo de Virginia Henderson.

VIRGINIA HENDERSON cursó sus estudios de Maestría en la Universidad de Columbia, se dedicó a la investigación nacional de enfermería. Ella tenía la inquietud de que no existiera un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia a la enfermera, después de una minuciosa revisión bibliográfica se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras, no definían en forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial, no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

1.4.1 Definición de la función propia de enfermería.

En la década de los años cincuenta desarrolla una labor de investigación en enfermería, de 1959 a 1971 dirigió en "Índice de Proyectos de estudios de Enfermería" en el que se ven cristalizadas sus ideas y define la función propia de la enfermera de la siguiente forma; "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida y posible".

A partir de esta definición, define una serie de conceptos y subconceptos básicos

que son;

En primer lugar LA PERSONA: establece 14 necesidades en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Dice que la persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional;

La mente y el cuerpo son inseparables.

El paciente requiere ayuda para recuperar su independencia.

El paciente y su familia forman una unidad.

En segundo lugar LA SALUD: la ve en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, dice que;

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

En tercer lugar reflexiona sobre EL ROL PROFESIONAL: habla de los cuidados básicos de enfermería y su relación con el equipo de salud. Habla que la enfermera tiene una función única, distinta de los médicos. Y que el plan de cuidados elaborado junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

Y finalmente considera el ENTORNO en el que se desarrolla el paciente, considerando los aspectos socioculturales de relación y económicos, biológicos, espirituales, psicológicos y cognitivos, dice que todos estos aspectos influyen en la

vida y el desarrollo del organismo de la persona, dice que; los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

Las enfermeras debemos conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Al hablar de las necesidades sabemos que son comunes a todos los individuos, y que cada uno tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de sus vidas. Sin embargo debemos considerar que las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades son determinadas por los aspectos de tipo SOCIOCULTURAL, BIOLÓGICO, ESPIRITUAL Y PSICOLÓGICO, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación entre las diferentes necesidades, lo cual implica que cualquier modificación en una de ellas, puede dar lugar a alteraciones en las restantes.

1.4.2. La salud Independencia/Dependencia y causas de dificultad.

La autora menciona que hay que valorar el estado de la persona como un todo, esto desde un punto de vista holístico, sugiere que se interrelacionen las diferentes necesidades de acuerdo a los criterios de INDEPENDENCIA y DEPENDENCIA.

INDEPENDENCIA: La define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacerlas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. Como ejemplo "usar prendas de vestir adecuadas", esto sería de acuerdo a la edad, clima, aspectos socioculturales, etc.

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 o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Estos criterios deben ser considerados con los componentes específicos de la persona como son los biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Cuando no se tiene independencia en el logro de la satisfacción de las necesidades de forma continua aparece la dependencia que según HENDERSON se debe a tres causas de dificultad y que identifica como:

FALTA DE FUERZA; Interpreta a la FUERZA no sólo como 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.

FALTA DE CONOCIMIENTOS; Es 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.

FALTA DE VOLUNTAD; Se entiende como la 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.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar la dependencia total o parcial, así como total permanente. Ante lo cual el tipo de intervención de la enfermera puede ser de suplencia o de ayuda según el grado de dependencia identificado.

1.4.3. La persona y las 14 necesidades.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. Oxigenación; contempla las condiciones de ventilación de la vivienda, hábitos de tabaquismo, patrón respiratorio.
2. Nutrición-Hidratación; contempla sus hábitos alimentarios, consumo de líquidos, alergias alimentarias y hábitos de alcoholismo, condiciones de hidratación de la piel, mucosas, uñas, dentadura y funcionamiento muscular y esquelético.
3. Eliminación; contempla sus hábitos de eliminación intestinal y urinaria, tipo de sudoración, relación del estrés con la eliminación.
4. Termorregulación; contempla temperatura corporal, transpiración, condiciones de temperatura del entorno físico y sensibilidad a los cambios climáticos.
5. Moverse y Mantener una buena postura; contempla sus hábitos de ejercicio, actividad, ocio, estado del sistema esquelético, dolor, estado emocional.
6. Descanso y Sueño; contempla hábitos de sueño, descanso, relajación, estado emocional.
7. Uso de prendas de vestir adecuadas; contempla el significado de la ropa en relación a su imagen, cultura, religión y estado emocional.
8. Higiene y Protección de la piel; contempla sus hábitos higiénicos personales y cuidados a la piel, hábitos higiénicos.
9. Evitar peligros; contempla la pertenencia a una familia, mecanismos de defensa, actitudes ante situaciones de tensión y de responsabilidades entre eventos nuevos, condiciones ambientales del hogar y trabajo.
10. Comunicarse; contempla relaciones interpersonales sociales y de trabajo, relaciones de rol en la estructura familiar. Estado de los órganos de los sentidos.

11. Vivir según sus creencias; contempla valores personales y creencias religiosas que guían sus elecciones y decisiones.
12. Trabajar y Realizarse; contempla su actividad ocupacional, distribución del tiempo que dedica a su trabajo y a su familia, expectativas en relación a su rol.
13. Aprendizaje; contempla el nivel de conocimientos.
14. Recrearse; contempla las actividades recreativas, que son de su predilección y la frecuencia del desarrollo de estas.

Etapas del proceso científico y su aplicación en el modelo.

Primera etapa:

La recogida de datos permite hacer inventario de todo lo que se refiere al cliente. En líneas generales, se puede afirmar que esta etapa nos ofrece información sobre lo que es, de qué sufre, sobre sus hábitos de vida⁴¹ y sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Segunda etapa:

Análisis e interpretación de los datos recogidos sobre el cliente, que hacen posible que veamos con claridad cuál es su problema específico de dependencia y la fuente de dificultad que lo provoca. En otras palabras, permite realizar el diagnóstico de cuidados.

Tercer etapa:

La planificación permite determinar los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el cliente no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tiene dos vertientes: la elaboración de los objetivos de los cuidados y la

⁴¹ Glover, Mayers, m. A Systematic Approach to the Nursing Care Plan. Appleton CenturyCrofts. New York , USA. 1982. pp. 13-14

planificación de las intervenciones. Los objetivos indican el resultado que se requiere conseguir en el cliente, y la planificación de intervenciones determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.

Cuarta etapa:

La ejecución es la puesta en práctica por parte de la enfermera del plan de intervenciones elaborado.

Quinta etapa:

La evaluación de los cuidados consiste en volver hacia atrás para evaluar si el proceso que se ha seguido y los resultados obtenidos son válidos o no. Esta revisión permite comprobar si se han conseguido los objetivos, y si es necesario incorporar nuevos datos surgidos de la evolución del estado del cliente.

Diagnóstico de cuidados de enfermería.



Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera está en posición de informaciones que demuestran las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de estas informaciones, puede llegar a deducir cuál es el problema del cliente y a establecer un diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados [elementos etiológicos secundarios].

Analogía entre la taxonomía diagnóstica de la NANDA y el modelo de Henderson.

Modelo de Henderson

NANDA

Definición del problema de dependencia.

Etiqueta diagnóstica de la NANDA.

Datos de dependencia.

Características definitorias mayores y menores.

Causa de la dificultad (Fuerza, Conocimiento, Voluntad)

Factores relacionados/contribuyentes.

Foco de la intervención de enfermería.

La intervención de enfermería debe centrarse directamente en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella. Así, frente a un problema de retención urinaria debido a los efectos de la anestesia en un operado, la enfermera no puede actuar únicamente sobre la retención, que es lo que constituye el problema de dependencia del cliente. Por el contrario, cuando se trata de insuficiencia de conocimientos, sus intervenciones pueden dirigirse directamente a la fuente de dificultad. Una enseñanza adecuada puede, en este caso, corregir el problema.

Identificación de las fuentes de dificultad o factores etiológicos.

Otra etapa que hay que superar para establecer un diagnóstico de cuidados consiste en determinar, en la medida en que sea posible, las causas del problema de dependencia, es decir, las fuentes de dificultad. Una fuente de dificultad es un impedimento mayor para la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales; en consecuencia, es el origen del problema de dependencia del cliente, o lo que contribuye a él. En definitiva, se trata del factor etiológico, de la causa del problema. Puede estar relacionado con factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual, o con un déficit de conocimientos.

Fuentes de dificultad denominadas [posibles].

Cuando la enfermera se encuentra ante un problema, puede ocurrir que se dé cuenta de que allí hay una dependencia, pero le resulta difícil identificar con precisión la fuente de dificultad. Cree que existe una, pero no está absolutamente segura.

En este caso, podremos afirmar, como dice Glover Mayers (1972: 30), que se trata de una dificultad posible. Cuando la complejidad de un fenómeno no permite afirmar con certeza cuál es la fuente de dificultad, o la discreción de la persona nos dificulta la identificación de la causa, esta fuente de dificultad debe ser calificada como [posible].

Realidad o eventualidad de los problemas de dependencia y de sus fuentes de dificultad.

Las fuentes de dificultad ejercen sobre la dependencia de la persona una influencia que puede variar, según se pueda decir que están presentes de forma real o sólo potencialmente. De ahí que sobre un problema podamos decir que [está presente] o que [es posible que aparezca]. Como dice Glover Mayers (1972:33), un problema puede ser actual y provocar manifestaciones visibles de dependencia en la persona (por ejemplo, una úlcera bajo los senos, debido a la

falta de higiene) o puede ser solamente un problema potencial, es decir, que hipotéticamente puede presentarse.^{42 43} Por ejemplo, en una persona de edad avanzada, encamada o con escaras es siempre un peligro potencial que la enfermera debe prevenir. En estos casos, se habla de alto riesgo de atentado a la integridad de la piel.

La identificación de las dificultades [actuales] es muy familiar para a los profesionales de los cuidados, pero el reconocimiento de las dificultades [potenciales] del cliente puede que lo sea menos. Sin embargo, la enfermera da a su trabajo una dimensión preventiva muy interesante.

Factores [contribuyentes] o factores etiológicos secundarios

Ocurre a veces que, tras identificar la fuente de dificultad principal de un problema, la enfermera se da cuenta –por el análisis de los datos recogidos– que este elemento no actúa en solitario. Hay otros factores que entran también en juego y que complican la influencia de la fuente primera de dificultad. Se trata de los factores [contribuyentes] que pueden denominarse también [factores etiológicos secundarios].

1.5 Patología de la paciente.

1.5.1 Ruptura prematura de membranas.

Definición.

Es la salida del líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto, y en embarazo de más de 20 semanas.

⁴² *Idem.* P. 99

⁴³ Bizier, N. *De la pensée au geste: un modèle conceptuel en soins infirmiers.* Decaire, Montreal, Canadá. 1983 Pp 50-56

Etiología.

La etiología se considera multifactorial y se puede dividir en cuatro grandes grupos:

- Desarrollo deficiente de las membranas ovulares.
- Que se relaciona con deficiencia de ácido ascórbico.
- Factores exógenos

Gran multiparidad, ya que estas pacientes provienen de un medio socioeconómico bajo, con deficientes condiciones, higiénico-dietéticas; por su alto grado de paridad las condiciones cervicales y vaginales predisponen a la ruptura.

- Procesos inflamatorios.
- Infecciones cervicovaginales.
- Factores mecánicos.

Traumatismos directos sobre abdomen, indirectos como el coito, la incompetencia istmicocervical, la sobredistensión de las membranas como en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar, las presentaciones y situaciones anormales.⁴⁴

La ruptura prematura de membranas puede producirse por una menor resistencia de las membranas, por un aumento de la presión intrauterina o por ambos, sin embargo la posibilidad de que una presión intrauterina intensa sea una causa independiente de R P M no está apoyada por las observaciones clínicas ya que las pacientes pueden tolerar fuertes contracciones uterinas y grandes presiones intrauterinas originadas por un polohidramnios durante periodos prolongados sin que se rompan las membranas, por tanto, la R P M es una reducción de la resistencia de las membranas. Estas pueden perder su fuerza tensil por efecto de

⁴⁴ IMSS "Ruptura Prematura de Membranas" en Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. México. 1986. pp. 94-95.

proteasas bacterianas, otros productos de metabolismo bacteriano o por distensiones repetidas debidas a las contracciones.

La actividad uterina provoca un endurecimiento por tensión sobre las membranas seguido del desarrollo de grietas microscópicas que reducen la capacidad para tolerar aumentos normales de presión. Las membranas debilitadas por cualquiera de estos mecanismos podrán romperse bajo el efecto de una presión normal.

Pérdidas altas: En algunos casos la R P M es el resultado de una pérdida alta. Este es un término que se utiliza para describir una pérdida de líquido originada por un desgarro de las membranas que se encuentran por encima del segmento inferior del útero. La mayoría de las pacientes con pérdidas altas presentan pequeñas pérdidas y muestran una cantidad normal de líquido en la exploración econográfica. Las pérdidas altas pueden cerrarse espontáneamente y no suelen asociarse con complicaciones fetales y maternas, el diagnóstico de pérdida alta resulta difícil.

La fuente de infección son las bacterias que suelen estar presentes en la vagina o en el cérvix. Las bacterias que con más frecuencia aparecen en el líquido amniótico son: *Mycoplasma Hominis*, *Bacteroides biuvis*, *Gardenella Vaginalis*, *Estreptococo del grupo B*, *Escherichia Coli*, *Fosobacterium sp*, y *Enterococo*, casi todos estos organismos forman parte de la flora vaginal y unos son más virulentos que otros. Se ha prestado atención al *Estreptococo del grupo B* en relación con la R P M pues este organismo se ha encontrado con frecuencia en pacientes que presentan coriamnioitis. Las pacientes presentan por lo general R P M en edades gestacionales tempranas y una duración menor del periodo de latencia.

El mecanismo de infección ascendente no está claro. En circunstancias normales las membranas están separadas de la flora vaginal por el cérvix y el moco endocervical. Es posible que una actividad uterina ni reconocida provoque cambios cervicales que faciliten la infección ascendente.

Otros factores que la pueden facilitar son la incompetencia cervical, las

exploraciones pélvicas repetidas y el coito. El efecto de las contracciones uterinas sobre la resistencia de las membranas no parece ser tan directo como el efecto de la infección.⁴⁵

Cuadro clínico.

Salida brusca y espontánea de líquido por los genitales, que persiste en forma continua o intermitente, acentuándose con los movimientos o con los esfuerzos.

Vagina húmeda. Es posible provocar la salida del líquido en mayor cantidad al rechazarse la presentación y si se hace presión en el fondo uterino o si se hace pujar a la paciente.

Criterio diagnóstico.

La salida brusca y espontánea del líquido amniótico por los genitales referida por el paciente y la corroboración de este síntoma mediante la exploración vaginal simple o con espejo vaginal, son datos suficientes para establecer el diagnóstico de ruptura de membranas. Sin embargo, el no demostrar la salida de líquido amniótico no descarta el diagnóstico y es entonces cuando se deben de practicar los exámenes de laboratorio y gabinete:

- Cristalografía de líquido amniótico.
- Coloración con azul de nilo.
- Prueba de evaporación.
- Examen ecosonográfico.
- Fluorescencia intra amniótica.
- Prueba de diaminoxidasa.

⁴⁵ Pérez, Sánchez, A. "Ruptura Prematura de Membranas" en Obstetricia. 2ª edición. Editorial Mediterraneo Santiago, Chile 1992 pp 511-516.

- Floronectina fetal.
- Prueba de la alfafetoproteína

Diagnóstico diferencial.

- a) Leucorrea.
- b) Hidrorrea

Tratamiento.

1. Hospitalizar a la paciente.
2. Evaluar la edad, paridad, número de productos vivos, edad real del producto, signos vitales y condición del cérvix.
3. Una vez precisado el diagnóstico de ruptura de las membranas, la variedad de posición, las condiciones del cérvix y la presencia o ausencia de alguna otra complicación médica u obstétrica deberán limitarse al mínimo las exploraciones vaginales.
4. Solicitar grupo sanguíneo, factor Rh, biometría hemática, química sanguínea, cultivo de secreciones genitales y uterinas.
5. Ante signos de infección amniótica (taquicardia, fiebre, liquido fétido, hipotermia vaginal, etc.), iniciar el tratamiento antimicrobiano con penicilina sódica en dosis de 5 000 000 U cada 4 horas por vía IV asociada a gentamicina, 80 mg, cada 8 horas, o kanamicina, 0.5 g cada 12 horas por vía IM.
6. Ante la certeza de la ruptura de membranas la conducta obstétrica es la interrupción del embarazo.
7. En la infección amniótica comprobada, con producto vivo viable, hacer

inductoconducción en 12 horas como máximo. En caso de no obtener respuestas:

a) Cesárea tipo Kerr. Practicar inicialmente un ojal para aspiración del líquido amniótico y posteriormente extraer el producto, efectuar la revisión manual de la cavidad uterina.

b) Cesárea-histerectomía. Cuando la paridad está satisfecha y el grado de infección es muy severo.

8. En infección amniótica comprobada, producto muerto, paridad no satisfecha y edad gestacional avanzada, solicitar, además de los estudios rutinarios: fibrinógeno, pruebas de coagulación completas y pruebas cruzadas para tener sangre disponible; inductoconducción en 12 horas como máximo, si no hay respuesta, practicar cesárea.

Si hay respuesta a la inductoconducción: atención del parto, revisión de cavidad, antibióticos y ocitócicos.

9. En infección amniótica severa, productos muertos y paridad satisfecha: histerectomía en bloque.⁴⁶

Complicaciones materno fetales.

Maternas.

La principal complicación es la corioamnioitis que se presenta como promedio en el 11 % de los casos y varía desde el 0.7 hasta el 29.5 %.

La explicación de esta infección es por;

a) la eliminación de la barrera corioamniótica que protegía y evitaba el paso de gérmenes patógenos de la vagina a la cavidad amniótica.

⁴⁶ Idem. IMSS. pp. 96,97.

b) Alcalinización del medio vaginal por el paso de líquido amniótico a la cavidad vaginal, en consecuencia, destrucción de los basilos de döderlain.

La corioamnioitis que se trata oportunamente evoluciona hacia la curación; de no ser así se puede complicar con desiduoendometriitis y llegar hasta el choque séptico.

Fetales.

- Prematurez.
 - Prolapso de cordón umbilical.
 - Infección neonatal.

Un factor es la limitada capacidad del niño prematuro para luchar contra la infección.⁴⁷

La incidencia de infección corioamniótica se relaciona con la duración del período de latencia entre la rotura de las membranas y el nacimiento del feto.

Pronóstico.

Materno.

Depende del tiempo de latencia de la ruptura de membranas, de la severidad de la infección si ésta se presenta y de un tratamiento adecuado y oportuno.

En caso de corioamnioitis y deciduomiometritis, el pronóstico es malo para la función reproductora.

En el resto de los casos el pronóstico es favorable.

⁴⁷ AMGO. "Ruptura Prematura de Membranas" en Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. Editorial Mendez Editores. 1998 pp 541

Fetal.

Está determinado en primer lugar por la edad gestacional en que se interrumpa el embarazo y en segundo, por la severidad de la infección neonatal ocasionada por la ruptura de membranas.

Medidas preventivas.

Durante el control prenatal: mejorar el estado nutricional de la paciente, instituir tratamiento de infecciones genitales y en el último trimestre del embarazo, evitar traumatismos, tanto directos como indirectos. Cuando se tiene certeza diagnóstica aplicar las medidas mencionadas en el tratamiento.⁴⁸

1.5.2 Sufrimiento fetal.

Definición.

Se puede definir al sufrimiento fetal como el estado en que por un disturbio fisiopatológico, está reducido el aporte nutricional de la madre hacia el feto, a través de la placenta; y que en el producto provoca hipoxia y acidosis.

Clasificación.

De acuerdo a su evolución:

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO: Es la agresión producida en el feto por las contracciones uterinas, durante el trabajo de parto, aunque puede presentarse durante el embarazo y es de instalación relativamente rápida y brusca, producida por una disminución en el aporte de oxígeno al feto.

SUFRIMIENTO FETAL CRONICO: Se caracteriza por una disminución del crecimiento fetal, debida a una oxigenación insuficiente y en forma prolongada, mayormente se atribuye a una alteración en las funciones placentarias y éste a su vez puede ser;

⁴⁸ Idem. IMSS: pp. 96, 97.

1. **COMPENSADO:** En el cual la disminución en el aporte nutricional del feto es poco importante, ya que este lo equilibra con mecanismos de adaptación; como son el aumento de hemoglobina, en el volumen circulante y con la utilización de depósito de glucógeno.
2. **NO COMPENSADO:** El feto no puede equilibrar el déficit nutricional, mediante sus mecanismos de adaptación.
3. **S.F. CRONICO AGUDIZADO:** Es el disturbio fisiopatológico debido al déficit nutricional, puede ser equilibrado o no, y que en un momento dado dicho sufrimiento se acrecenta.

1.5.3 Sufrimiento fetal agudo.

Definición.

El sufrimiento fetal agudo, es aquel que se presenta en un embarazo al parecer de curso normal, o en uno acompañado de alguna complicación patológica, pero en ambos casos, sin tener el antecedente de haber presentado una disfunción placentaria o de sufrimiento fetal prolongado. Se presenta habitualmente durante el trabajo de parto, pero se puede aparecer antes de que éste se inicie.

Se puede observar en las siguientes situaciones:

1. En desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en que aparte de la hemorragia haya hipertensión uterina.
2. Distocias de contracción; Hiperpolisistolia porque la contracción comprime los vasos miometriales, disminuyendo así el flujo sanguíneo hacia la placenta.
3. La analgesia o la anestesia obstétrica, en las que hay una hipoventilación por depresión del centro respiratorio.
4. En la brevedad real o circulares de cordón, en que durante las contracciones se estrecha más el cordón, causando disminución del calibre de los vasos

umbilicales, reduciendo así el flujo sanguíneo en los vasos placentarios.

5. El prolapso del cordón, en que la presentación lo comprime obliterando los vasos umbilicales e impidiendo la circulación.
6. En placenta previa por anemia materno-fetal.
7. En las crisis convulsivas de la eclampsia.
8. En el edema agudo pulmonar o síncope cardíaco.
9. En paro respiratorio o insuficiencia respiratoria aguda, causada por problemas anestésicos.⁴⁹

Fisiopatología.

El feto en situación de hipoxia intenta paliar los efectos indeseables sobre las estructuras nobles del organismo, (cerebro, corazón, etc.), de ahí que exista una redistribución de aporte de sangre (flujo sanguíneo), a los distintos órganos con descenso del mismo en zonas menos importantes, durante la vida fetal, como el intestino, la piel o el pulmón, en beneficio de las estructuras nobles. A este fenómeno se le llama Centralización de Oxígeno. Sin embargo, cuando la disminución de O₂ es intensa o duradera, aún en esas estructuras que no son nobles, pero si indispensables para la vida extrauterina, provoca lesiones que serán las responsables de las anomalías presentes en el recién nacido.

El feto obtiene su energía gracias al consumo y metabolización de la glucosa, en especial en su vía anerobia, dándose como resultado, si hay alteración de esta vía, cuatro mecanismos que explican la disminución de O₂ en el feto.⁵⁰

⁴⁹ Mondragón, Hector. *Obstetricia básica ilustrada*. Editorial Trillas. México. 1991

⁵⁰ AMGO No. 3. IMSS. "Sufrimiento Fetal" en *Ginecología y Obstetricia*. 3ª. Ed. Editorial Mendez Editores, S.A. México. 1998 pp 438-439.

Diagnóstico.

Los principales indicadores de sufrimiento fetal se obtienen a través de:

- a) Alteraciones de la F.C.F.
- b) Taquicardia.
- c) Bradicardia.
- d) Dip de tipo II.
- e) Dip I con componente hipóxico.
- f) Dip variable con componente hipóxico.
- g) Disminución o pérdida de la variabilidad.
- h) Amplitud en lat / min.
- i) Frecuencia en ciclos / min.

La taquicardia es una de las primeras manifestaciones de hipoxia y su presencia requiere de una vigilancia estrecha, durante el trabajo de parto, descartándose la posibilidad de que sea producida por la utilización de drogas como los beta estimulantes, o la fiebre materna.

Este signo es premonitor del sufrimiento fetal, porque indica que aún existe capacidad de respuesta fetal para este factor agresivo:

Se consideran 3 tipos de taquicardia:

- Leve, 151 a 160 latidos por minuto.
- Moderada, 161 a 180 latidos por minuto.
- Severa, 181 o más latidos por minuto.

Los dips II, o deceleraciones tardías, son la manifestación más conocida de la hipoxia y se presentan cuando el feto no tiene capacidad adecuada para tolerar la hipoxia transitoria originada por las contracciones uterinas y en general la taquicardia se acompaña de bradicardias que se presentan tardíamente en relación con el acmé de la contracción ("decalage" de 20 o más segundos).

Los dips I y los dips variables no necesariamente significan sufrimiento fetal; sin embargo, cuando se repiten por un tiempo prolongado, y sobre todo cuando se acompañan de una fase de recuperación de la F.C.F. lenta, de más de 15 segundos, indican que se lleve a cabo un procedimiento diagnóstico más preciso (SALING) o se establezca el tratamiento adecuado.

La pérdida de la variabilidad en el registro de la F.C.F. significa que existe disminución de la capacidad de respuesta fetal y obliga a utilizar otros medios de diagnóstico más precisos y en ocasiones a tomar medidas terapéuticas preventivas.

La bradicardia sostenida es en general un signo de hipoxia severa, excepto en los casos de alteraciones producidas por problemas cardiacos (bloqueos).⁵¹

Cuadro clínico.

- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
- Hipomotilidad fetal.
- Hipoactividad con pobre o nula respuesta a estímulos externos.
- Presencia o no de meconio.

Taquicardia de más de 160 latidos X', sostenida durante 10 X' es consecuencia de la estimulación del simpático producida por la hipoxia o la acidosis.

⁵¹ Vargas, García, Valencia P.G. "Sufrimiento fetal" en Manejo Integral de los defectos al nacimiento. Revista GEN. México. 1986 pp 110,101.

Menos de dos movimientos fetales en diez minutos.

Irregularidad de los latidos fetales: variaciones de la F.C.F. rápidos y de corta duración.

Bradicardia de menos de 120 latidos X', sostenida durante 3X', es consecuencia de la depresión del automatismo cardiaco producido por la hipoxia.⁵²

Se clasifica en dos tipos:⁵³

Bradicardia moderada	101-120, latidos/minuto
Bradicardia severa	100 o menos, latidos/minuto

Los signos de alteración de la frecuencia cardiaca por hipoxia, siempre que sea posible, deben ser corroborados por estudio directo de la sangre capilar fetal.

En general, se clasifica el grado de hipoxia mediante la determinación del pH de la sangre capilar fetal en la siguiente forma:

7.26-7.40	Normal
7.25-7.21	Preacidosis
7.20-7.11	Acidosis moderada
7.10-	O menos, acidosis grave o severa

Como lineamiento general de manejo, cuando se ha sospechado en sufrimiento fetal, se debe "tratar de establecer la probable causa que lo

⁵² Idem. AMGO. p. 446.

⁵³ Idem. Vargas. p.101.

origina, e iniciar las medidas de tratamiento etiológico cuando esto es posible:

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
Hipotensión supina	Decúbito lateral
Acidosis materna	Alcalis a la madre, ventilación
Hipoglicemia materna	Soluciones glucosadas
Insuficiencia ventilatoria materna	Ventilación
Desprendimiento de placenta	Cesárea
Anemia fetal	Transfusión in útero
Anemia materna	Transfusión.

En términos generales, cuando la causa desencadenante del sufrimiento fetal son las contracciones uterinas, se debe valorar la administración de beta miméticos o fármacos tendientes a inhibir las contracciones uterinas (útero inhibidores) ya que con esta medida en la mayoría de los casos podremos ofrecer a la madre y al feto, otras posibilidades de manejo.

Si en presencia de contracciones uterinas normales se presentan signos de hipoxia, el embarazo debe interrumpirse por vía suprapúbica.

1. Si existen alteraciones de la contractilidad uterina como fondo del sufrimiento fetal agudo debe disminuirse la contractilidad uterina y evaluar si en condiciones normales de ésta es posible el parto; de lo contrario, extraer al feto por vía suprapúbica.
2. Si la actividad uterina exagerada se agrega a condiciones que no pueden modificarse (desproporción feto pélvica) el embarazo debe interrumpirse por

vía suprapúbica.

En todos los casos, las primeras medidas consisten en:

1. Poner a la embarazada en decúbito lateral.
2. Suspender ocitócicos en caso de que se estén administrando.
3. Utilizar uteroinhibidores.
4. Una vez corregido el sufrimiento fetal (media hora de útero inhibición y ausencia de dips de tipo hióxico) valorar si se puede dejar continuar un trabajo de parto normal o el feto debe ser extraído por vía suprapúbica.
5. Poner en antecedentes al equipo multidisciplinario de las condiciones en que se encuentran madre y feto, para que en conjunto se decidan y lleven a cabo los procedimientos adecuados; (enfermería, anestesiología, neonatología, etc.).

Estas medidas terapéuticas correctamente utilizadas y, sobre todo, utilizadas en el momento oportuno, servirán para obtener productos de la concepción en mejores condiciones para su crecimiento y desarrollo.

Complicaciones.

- Lesión neurológica.
- Síndrome de Insuficiencia Respiratoria.
- Peso bajo y talla al nacer.
- Hipoxia cerebral con secuelas como retardo mental.
- Aspiración de meconio.

- Muerte intrauterina o inmediatamente al nacer.⁵⁴

1.5.4 Cesárea.

Introducción.

Este procedimiento se remonta a la antigüedad, ya que existen pruebas que confirman que desde el tiempo de los egipcios y hebreos, se practicaba esta operación en casos post mortem. El nombre fue tomado en honor de César quien nació de esta forma. Se relata que en el año 1500 ocurrió el primer caso en que sobrevivió la paciente. En 1769 Lebas sutura por primera vez el útero Porro en 1876, asocia la cesárea a una histerectomía subtotal, con lo cual se consigna el primer caso de cesárea histerectomía u operación de Porro.

En 1906 Frank introduce la técnica extraperitoneal con lo que disminuye las posibilidades de que ocurra infección. Kroning 1912 y (1919) utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal, Kerr modifica la técnica anterior y practica la incisión segmentaria transversal, siendo el mejor procedimiento y el más utilizado hoy en día.

Concepto: Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina.⁵⁵

Clasificación.

1. Cesárea clásica o corporal; tiene como inconvenientes: que el peligro de hemorragia es mayor, puede existir distensión abdominal, al igual que adherencias postoperatorias y el peligro de rotura de la cicatriz uterina aumenta en gestaciones posteriores.
- 2.- Cesárea segmentaria transversal tipo Kerr ; tiene mayor morbimortalidad, así mismo menor frecuencia de adherencias intestinales post quirúrgicas y la

⁵⁴ Idem. p. 101.

⁵⁵ Mondragón, Castro. H. "Operación Cesárea" en *Obstetricia básica ilustrada*. 4ª. Ed. Editorial Trillas México, 1991 p. 682.

cicatriz uterina tiene menor riesgo de sufrir una dehiscencia, la pérdida sanguínea es más reducida y por lo tanto da mejor pronóstico en gestaciones subsecuentes.

3.- Cesárea segmentocorporal; es una variación de la cesárea segmentaria, también conocida como incisión tipo Beck, esta operación está indicada solo en casos de anillo de retracción y producto en situación transversa.⁵⁶

Indicaciones.

Las causas que motivan la operación pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas al existir indicaciones de las indicaciones de la cesárea se dividen en:

- **ABSOLUTAS:** Son aquellas en que no existe otro recursos que practicar la cesárea;
- **RELATIVAS:** Cuando se indica este procedimiento por que ofrece mayores ventajas, aún en el caso de que sea posible atender el parto por vía vaginal.
- **ELECTIVAS:** Cuando el médico escoge la cesárea por ser el método más conveniente para la madre con base en ciertos factores justificantes, o bien, porque la solicita que se realice tal procedimiento.

Ejemplos de las diferentes indicaciones de cesárea son los siguientes:

Indicaciones absolutas:

- Desproporción cefalopélvica.
- Cesárea iterativa.
- Placenta previa central.

⁵⁶ Idem. p. 684.

- Presentaciones y situaciones anormales del feto.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Distocia de contracción (hipertonía, incoordinación).
- Cesárea anterior y presentación pélvica.
- Inminencia de ruptura uterina.
- Herpes genital.
- Otras.

Indicaciones relativas:

- Cáncer cervicouterino.
- Toxemia severa.
- Ruptura prematura de membranas.
- Interrupción del embarazo por, isoimmunización toxemia, diabetes, etc.
- Primigesta de edad avanzada.
- Presentación pélvica.
- Primigesta muy joven.
- Tumores pélvicos.
- Operaciones cervicales (Manchester-Shirodkar).
- Sufrimiento fetal.
- Procidencia de cordón.

- Período expulsivo prolongado.

Indicaciones electivas:

- Antecedentes de operación plástica en genitales (colporrafia).
- Cesárea post mortem.
- Realización de esterilización simultánea a la cesárea.
- Ruptura prematura de membranas con cérvix desfavorable.
- Muerte habitual del feto in útero con producto viable y embarazo de término.
- Posmadurez.⁵⁷

Frecuencia:

La frecuencia con que se practica la operación cesárea ha variado de acuerdo con tres factores:

1. La evolución de la cirugía, a medida que se facilita practicar la cirugía aumentan las indicaciones de cesárea.
2. Tipo de hospital, varía mucho el criterio entre una institución asistencial y otra privada; hay mayor frecuencia de cesáreas en estas últimas al pretender brindar mayor seguridad al producto. En servicios institucionales las cifras varían según el criterio y la política de internamiento; en la actualidad hay centros de alta especialidad que concentran los casos de embarazo de alto riesgo, porque las cifras de cesáreas son muy elevadas.

La frecuencia de cesárea en una población abierta fluctúa entre el 4 y el 15% de acuerdo con las variantes señaladas. El médico como la paciente prefieren "una buena operación a un mal parto", por el riesgo que representa la aplicación de

⁵⁷ Idem. pp. 686-888.

fórceps.

Contraindicaciones:

- Falta de indicación.
- Feto muerto.

Complicaciones:

Inmediatas:

- Prolongación de la incisión hacia los lados lesionando los grandes vasos uterinos, dando lugar a hematomas.
- Lesiones de vejiga, recto e intestino.

Tardías:

- Hematomas de pared abdominal.
- Dehiscencia de herida y/o eventraciones.
- Infección de herida quirúrgica o uterina.
- Fístulas de recto o vejiga.⁵⁸

⁵⁸ Idem. p. 690.

Generalidades de la Adolescencia.

Cuando una adolescente experimenta la maternidad, siente confusión y conflicto, mezclando funciones sociales de adolescente con las de adulto, afectando así su funcionamiento social.⁵⁹

En nuestro país, la madre adolescente tiene mayor riesgo reproductivo que las mujeres que se embarazan después de los 20 años.

La fecundidad de las adolescentes mexicanas va en aumento; del total de mujeres que en 1987 tenían entre 20 y 47 años, 34% tuvo su primer hijo en la adolescencia. Para 1991 este indicador aumentó al 37%. Actualmente se estima que los nacimientos de madres adolescentes son alrededor de 450 mil al año.⁶⁰

Es importante mencionar que en el país la 4ª. parte de las mujeres en edad reproductiva son adolescentes, con tendencia a aumentar debido a las características de distribución nacional de la población por edad y sexo que es de mujeres 11.6% y hombres 10%, en las edades de 15-24 años.

Por lo que se ha considerado dentro del marco de salud reproductiva como un problema de salud pública.

Stern Claudio (1997) hace una revisión muy interesante sobre los argumentos comúnmente utilizados para definir al embarazo adolescente como un problema público; aduce que las verdaderas razones por las cuales el embarazo en adolescentes ha venido a constituirse en un problema social son: al aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres que tiende a conducir a la formación temprana de familias asociándose esto con mayores riesgos para la salud de éstas y los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos a

⁵⁹ Martínez, S. et. al., Interacción Materno Infantil en Madres Adolescentes. Comparación con otros cuidadores. Rev. De Perinatología y Reproducción humana, 1997; 11(4): 202-206.

⁶⁰ INEGI Hombres y Mujeres de México. 19

temprana edad. Por lo que concluye que muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a lo que esto conduce se deriva de la manera cómo se ha visto y valorado la sexualidad premarital y particularmente, sancionado el inicio de relaciones sexuales en la adolescencia; menciona que la sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que parte del problema estriba en la manera de cómo los adultos califican el fenómeno, en la forma en como las instituciones sociales como la familia, escuela, iglesia y el mismo sector salud lo interpreta y lo maneja. Desgraciadamente el número de adolescentes que integran este grupo de embarazadas es cada vez mayor

La Adolescente Embarazada.⁶¹

Cambios físicos.

La pubertad, que es el período durante el cual la persona adquiere la capacidad de reproducción, es un período de maduración que dura de 1.5 a 5 años. Entre los cambios físicos principales de esta etapa se incluyen la aceleración del crecimiento, cambio de peso y aparición de las características sexuales secundarias. La menarca, o primera menstruación, por lo general sobreviene en la primera mitad de este proceso de maduración, en promedio a los 12 a 13 años. La escala de edad de la pubertad abarca de los 9 a 17 años (Corbett y Meyer, 1987).

Desarrollo Psicosocial.

Aunque está comprobado que el comienzo de la pubertad ocurre actualmente a edad más temprana, no hay datos de que sea tal el caso del desarrollo psicosocial, en particular el cognoscitivo. De hecho, los expertos consideran que es creciente la distancia entre la maduración psicológica y la biológica en adolescentes (McAnarney y Hendee, 1989; Orr y col., 1988).

Las tareas del desarrollo de la adolescencia, que han descrito numerosos

⁶¹ Olds, Et. Al. *Enf. Materno Infantil*. 4ª. edición. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México D.F 1995 p 378-380

escritores, se basan en diversas teorías clásicas. Estas tareas (Corbett y Meyer, 1987, p. 97) abarcan las siguientes:

1. Sentirse a gusto con el propio cuerpo.
2. Luchar por la independencia.
3. Formar relaciones con personas de ambos sexos.
4. Buscar estabilidad económica y social.
5. Lograr un sistema de valores.
6. Aprender la expresión verbal conceptual.

Este proceso de desarrollo se refleja en la conducta de las adolescentes menores, intermedias y mayores. Aunque se identificó la edad promedio para el logro de las tareas mencionadas, es hasta cierto punto arbitraria y se ve afectada por numerosos factores, como la cultura, religión y posición socioeconómica.

Las adolescentes intermedias (15 a 17 años) están en una etapa de retos: experimentar con drogas, alcohol y sexo es una atracción común para la rebelión. La adolescente busca independencia y la encuentra cada vez más en su grupo de amigos. La identificación con éste es evidente en su selección de ropa, maquillaje, corte de pelo y música. Durante esta fase, la adolescente suele considerarse invencible y que no sufrirá consecuencias negativas por arriesgarse. Es frecuente que estos años sean de grandes dificultades para la familia, conforme la adolescente lucha por su independencia y pone en tela de juicio los valores y expectativas familiares.

En esta fase, la adolescente quiere ser tratada como adulta. Sin embargo, el temor a las responsabilidades de los adultos puede hacer que fluctúe su conducta. A veces parece una niña, mientras en otras es sorprendentemente madura. Empieza a pasar del pensamiento concreto al operativo formal, pero todavía no puede

prever las consecuencias a largo plazo de todas sus acciones.

Riesgos Fisiológicos.

Las adolescentes de 15 a 20 años que reciben cuidados prenatales a la brevedad y completos no están en mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años (Brucker y Mueller, 1985; Piechnik y Corbett, 1985). Es infortunado que muchas adolescentes no busquen tales cuidados de inmediato. Las que sí lo hacen no suelen cooperar con las recomendaciones, en especial las dietéticas, a causa de la falta de comprensión de la importancia de la nutrición adecuada o de preocupaciones relacionadas con la imagen corporal. Así pues, entre los riesgos para adolescentes embarazadas se incluyen el parto antes de término, hijos de bajo peso al nacimiento, hipertensión del embarazo y sus secuelas, y anemia ferropénica.

En adolescentes, los cuidados prenatales son el factor decisivo en el pronóstico del embarazo. Los hijos de bajo peso al nacimiento son un problema frecuente. En diversos estudios se indica que los cuidados prenatales en fase temprana del embarazo, con atención especial a la orientación nutricional, así como la coordinación de organismos que proporciona diversos servicios, mejora mucho el peso al nacimiento de los hijos de madres adolescentes (Korenbrodt y col., 1989; McAnarney y Hendee, 1989).

La hipertensión del embarazo es el problema médico más frecuente en adolescentes embarazadas. La anemia ferropénica es un problema en todas las embarazadas. Sin embargo, las adolescentes que comienzan el embarazo ya anémicas están en mayor riesgo y deben ser objeto de vigilancia estrecha y orientación minuciosa acerca de la nutrición durante el embarazo.

El aumento del riesgo de desproporción cefalopélvica es preocupante en adolescentes embarazadas, en especial las de más corta edad, a causa de la falta de madurez pélvica.

El contagio de herpes o gonorrea durante el embarazo aumenta mucho los riesgos. También lo hace el índice de clamidiasis (Osofsky, 1985). Otros problemas en adolescentes son el tabaquismo y abuso de drogas. Es usual que el feto ya tenga daños por tales hábitos cuando se confirma el embarazo en estas mujeres.

Riesgos Psíquicos.

El riesgo psíquico más grave para las adolescentes que continúan el embarazo es la interrupción del progreso en las tareas de desarrollo propias de su edad. Aunque las adolescentes inician la actividad sexual a edad más temprana y el índice de adolescentes embarazadas aumenta, permanecen sin cambio las tareas de desarrollo de esta edad. Si se les añaden las tareas propias del embarazo, la joven mujer tiene una carga abrumadora de trabajo psicológico, de cuyo éxito depende su futuro y el de su hijo.

Riesgos Sociales.

Abundantes datos de investigaciones muestran que las madres adolescentes están en riesgo de desventajas socioeconómicas mayores que las adolescentes no embarazadas, en condiciones de igualdad social. Verse forzada al papel de mujer adulta antes de completar las tareas de desarrollo de la adolescencia origina una sucesión de acontecimientos que afectan a la adolescente durante el resto de su vida. Esto puede abarcar la dependencia prolongada respecto de los padres, falta de relaciones estables con personas del sexo opuesto y carencia de estabilidad socioeconómica. Además, cuanto mayor sea la cercanía cronológica del embarazo con los cambios de la pubertad y la menarca, tanto mayores las dificultades de la adolescente para sentirse a gusto con su imagen corporal, dado que los cambios físicos continuos no se adaptan a la imagen de una adolescente "normal".

Numerosas madres adolescentes dejan los estudios durante el embarazo. Algunos investigadores plantean que en algunas de estas mujeres es una tendencia que

guarda tanta relación con bajos logros académicos y dedicación insuficiente a los estudios como con el embarazo (Furstenberg y col., 1989). Muchas no reanudan sus estudios. La falta de capacitación reduce la calidad de los trabajos disponibles para estas mujeres. Ante todo en grupos socioeconómicos bajos y cuando la familia de la adolescente embarazada no la apoya (Furstenberg y col., 1989).

Reacción Inicial al Diagnóstico de Embarazo.

Teme el rechazo de los padres y amigos. No sabe en quién confiar. Quizá busque confirmar el embarazo por cuenta propia al tener mayores conocimientos sobre opciones y servicios, como las pruebas de embarazo que se venden sin receta y los servicios de planeación familiar. Si tiene una relación estrecha y que continúa con el compañero sexual, tal vez lo escoja como confidente. La dependencia económica respecto de los padres puede determinar si les informa o no sobre el embarazo y cuándo lo haga. Los planes de estudios futuros y la percepción del apoyo paterno o la falta de éste son factores importantes en la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. Posible conflicto entre el paterno y el propio sistema de valores en desarrollo.

Necesidades nutricionales especiales de la adolescente embarazada.

Cuando la paciente embarazada es adolescente, tiene requerimientos nutricionales que deben considerarse en forma individual. Se demostró que las adolescentes tienen peores resultados en el embarazo que las mujeres embarazadas de más edad. En ocasiones esto se atribuye a una competencia por los nutrientes entre la adolescente que aún tiene requerimientos para su crecimiento personal y las necesidades del feto; sin embargo, la información actual indica que, con excepción de las que tienen edad ginecológica menor, las necesidades alimenticias de las adolescentes no difieren mucho de las de otras mujeres embarazadas. No obstante, la adolescente embarazada tiene mayores riesgos nutricionales por diversos motivos; es más probable que inicie el embarazo con mala nutrición, falta de peso, deficiencias de hierro y cantidades deficientes de

calcio y otros nutrientes importantes.

Los factores que causan nutrición deficiente en las adolescentes embarazadas incluyen el deseo de ser esbeltas, las costumbres de su grupo de compañeros y la resistencia a recibir consejos de los adultos. Es probable que las adolescentes embarazadas concedan poca atención a la nutrición, y se preocupen más por sus necesidades sociales y emocionales; como el embarazo durante la adolescencia es común entre las clases socioeconómicas pobres, con menor probabilidad de recibir apoyo médico y social, el riesgo de que su condición nutricional sea mala aumenta más: es importante dar a estas pacientes recomendaciones dietéticas y otros recursos como cursos y programas para adolescentes embarazadas.

Elección de Alimentos.

La elección de alimentos entre las adolescentes embarazadas incluye con frecuencia "comidas rápidas" y bocadillos no nutritivos. Esto conduce a un bajo consumo de frutas y verduras frescas, que a su vez limita el consumo de vitaminas y minerales, en particular vitaminas A y C. Si evitan también la leche y los productos lácteos se observarán carencias de algunas vitaminas del complejo B y vitamina D, además de consumo deficiente de calcio y proteínas.

Alimento de peso.

No se conocen con exactitud las cantidades de proteínas y consumo de energía para lograr el aumento de peso necesario durante el embarazo y para permitir el desarrollo intrauterino óptimo de los hijos de madres adolescentes. En teoría, se deben incluir las recomendaciones normales para el embarazo, y para las mujeres que aún se encuentran en etapa de crecimiento. En consecuencia, es de esperar que las adolescentes más jóvenes (de 12 a 15 años) aumenten más que las adolescentes mayores (de 16 años o más) ya que el crecimiento de estas últimas es más lento o ya se detuvo. Sin embargo, la edad cronológica es menos importante al respecto que la edad ginecológica (número de años después del inicio de la menarquía), el patrón de crecimiento individual de la persona, su peso

y estatura antes del embarazo y su actividad.

Atención de la Adolescente durante el trabajo de parto y el parto.⁶²

Cada adolescente en trabajo de parto es diferente. Al igual que con cualquier embarazada.

Las metas principales de la atención de enfermería para la adolescente durante el trabajo de parto y el parto son promover el bienestar materno y fetal y proporcionar apoyo a la paciente.

La enfermera debe estar alerta ante cualquier complicación fisiológica del trabajo de parto en la adolescente. Se revisa con cuidado el expediente prenatal de la joven en busca de riesgos. Se vigila para descartar hipertensión inducida por el embarazo, desproporción cefalopélvica, anemia, ingestión de fármacos durante el embarazo, enfermedad de transmisión sexual y discrepancias entre el tamaño del feto y la edad gestacional.

Apoyo durante el trabajo de parto y el parto.

Uno de los mayores temores de cualquier mujer en trabajo de parto es que se le deje sola. Este temor es más grande en la adolescente, ya sea que lo reconozca o no ante los demás.

El papel de apoyo de la enfermera depende del sistema de apoyo de la joven durante el trabajo de parto. Es esencial establecer una armonía sin recriminarla por la posibilidad de un comportamiento inadecuado. La adolescente a la que se brinda un reforzamiento positivo por un "trabajo bien hecho" saldrá de la experiencia con una mayor autoestima, a pesar de los problemas emocionales que puedan acompañar su situación.

Sin embargo, la enfermera debe tener en mente que mientras el adolescente sea

⁶² Olds, et, al. Enfermería materno Infantil. 4ª., edición. Ed. Interamericana. McGraw-Hill México, D.F. 1995

más joven, será menos capaz de participar en forma activa en el proceso.

La enfermera debe asegurarse de que todas las instrucciones y explicaciones sean sencillas y concretas. Durante la fase de transición, la adolescente joven puede aislarse y ser incapaz de expresar su necesidad de que se le eduque. El contacto, el estímulo tranquilizador y las medidas para mantener su comodidad la ayudan a mantener el control y cubrir sus necesidades de dependencia. Durante la segunda etapa del trabajo de parto puede sentir que pierde el control y es posible que intente alcanzar a aquellos que están alrededor de ella. Si la enfermera permanece calmada y la dirige, la ayuda a controlar los sentimientos de impotencia.

La adolescente media (de los 14 a los 16 años) a menudo intenta permanecer calmada y firme durante el trabajo de parto. Si no es capaz de atravesar la barrera estoica de la adolescente, la enfermera necesita elevarse sobre la frustración y darse cuenta de que en una actitud cuidadosa aún llegará a la joven.

Atención de la adolescente durante el puerperio.

La adolescente puede tener necesidades especiales en el puerperio, según su nivel de madurez, sistemas de apoyo y antecedente cultural. La enfermera necesita valorar la interacción materno infantil, los papeles de la gente que la apoya, los planes para el egreso, conocimiento de la crianza y planes para la atención de seguimiento. Es imperativo que un servicio de salud comunitaria permanezca en contacto con la joven poco después del egreso.

La asesoría anticonceptiva es una parte importante de la enseñanza. La incidencia de embarazos repetidos durante la adolescencia es alta y mientras más joven sea la adolescente es más probable que se embarace nuevamente. Muchas veces la joven dice a la enfermera que no planea tener relaciones sexuales otra vez. Este mecanismo de negación es poco realista y la enfermera debe ayudar a la adolescente para que se dé cuenta de esto. La enfermera debe asegurarse de que la mujer dispone de algún método anticonceptivo y que comprende la ovulación y

la fecundidad en relación con el ciclo menstrual. Esta es una oportunidad excelente para la educación sexual.

Otro aspecto importante en este período es la adaptación al nuevo rol, que acaba de adquirir que es el de madre. Este se favorece por medio del establecimiento de la vinculación.

Vinculación.

La vinculación es un lazo de afecto y como tal es invisible.

Comportamientos de vinculación en la madre adolescente.

Los adolescentes demuestran comportamientos de vinculación hacia sus hijos, aunque se observan diferencias en estas madres jóvenes en comparación con las mayores. Las madres jóvenes estaban más ansiosas, tenían menos calificaciones de vinculación e interactuaban en forma menos favorable que las de mayor edad (Von Wendeguth y Urbano, 1989), mientras más joven sea la adolescente es menos probable que presente los comportamientos maternos típicos de contacto, sincronía con su recién nacido, vocalización y proximidad entre la madre y el neonato (Porter y Sobong, 1990).

Las adolescentes pueden tener problemas con la paternidad debido a que tienden a tener expectativas menos realistas de lo que pueden hacer con el lactante a cierta edad.

Con estas consideraciones en mente, la enfermera debe permanecer atenta ante la interacción materno infantil temprana, el uso de modelos apropiados y técnica de enseñanza, incluida la madre de la adolescente cuando sea conveniente.

CAPITULO 2

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA CLIENTE ADOLESCENTE, CURSANDO PUERPERIO QUIRURGICO.

2.1 Presentación del caso clínico.

El presente proceso de enfermería se aplicó a una cliente adolescente de 17 años, que se presenta al servicio de admisión del Hospital de Gineco-Obstetricia "Tlatelolco" del I.M.S.S., con un embarazo de 40 semanas de gestación, con ruptura prematura de membranas, con inicios de trabajo de parto, sufrimiento fetal, y previa valoración del obstetra se le practicó cesárea tipo Kerr, obteniendo producto único vivo a la 1:40 horas del día 11 de septiembre del 2000, sexo femenino con peso de 3.100 kg, Apgar 7/9.

Con las siguientes necesidades fundamentales:

1. Nutrición e hidratación.
2. Eliminación.
3. Moverse y conservar buena postura.
4. Descanso y sueño.
5. Higiene y protección de la piel.
6. Trabajar y realizarse.
7. Aprendizaje.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

2.2 Valoración de enfermería.

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: A. H. Minerva Edad: 17 años Peso: 62 kgs. Talla: 1,64
Sexo: Femenino Ocupación: Estudiante Escolaridad: 4º semestre de vocacional
Procedencia: Distrito Federal Fecha de admisión 10 de septiembre del 2000
HORA 20 Hrs. Fuente de Información: Directa Miembro de la Familia/ persona
significativa: 2ª Hija de Familia Nuclear

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

NECESIDADES BASICAS.

1. - OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

¿ Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?
Si

¿ Fumaba Ud. antes de su embarazo? Si X No _____

Si la respuesta es si ¿Cuantos cigarrillos al día? 1-5 X 6-10 _____ 11-20 _____

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores? Si X No _____

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca X En alguna ocasión
_____ con frecuencia _____

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle en el trabajo de parto?

Si _____ No X

Objetivo:

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria 20 X' Frecuencia cardiaca 80 X'
T.A 80 X'

Estado de conciencia Consciente Coloración de piel/ lechos ungueales/
peribucal Piel rosada

Circulación del retorno venoso buen llenado capilar 2 " X', pulsos pedio y
popliteo sincónicos

2. - NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias 4 ¿Come a horas regulares? Si _____ No X
 Si la respuesta es si precise _____ ¿ Sigue Ud. Una dieta especial? Si _____
 ¿ de que tipo? _____
 ¿ Sufre Ud. Alguna alergia alimentaria o intolerancia? NINGUNA
 ¿ Tiene algún trastorno alimentario? Ninguno
 ¿ Tiene problemas de masticación y deglución? Ninguno
 ¿ Que cantidad de líquidos toma al día? Agua X Té _____ Café _____
 Refresco X
 ¿ Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza _____ Vino _____ Alcohol _____
 ¿ Con que frecuencia? _____
 ¿ Sabe que tipo de alimentación debe llevar durante la lactancia? _____
No con exactitud
 ¿ Que cantidad de líquidos? Muchos líquidos

Dieta habitual:

Alimentos	Diario	C/ 3er. Día	C/ 8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carnes	X				
Pescado				X	
Huevo		X			
Frutas		X			
Verduras		X			
Legumbres			X		
Cereales				X	
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra		X			

Objetivo:

Turgencia de la piel Turgente
 Membranas mucosas; hidratadas X secas _____
 Características de; uñas Limpias y cortas cabello Limpio y peinado
 Aspecto de: dientes Caries en 2º molar inf. Izq. encías Normales
 Heridas: Tipo Quirúrgica localización Abarcando mesogástrico e hipogástrico
 tipo de cicatrización Unida en sus bordes con puntos quirúrgicos

3. - ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: evacuación; Normal X Estreñimiento _____ Diarrea frecuente _____

¿Toma Ud. Algún laxante? Si _____ No X cual _____

Orina; Normal X con dolor? NO Menstruación; frecuencia cada 28 días duración 5 Días

Con dolor? No

Historia de hemorragias/ enfermedades renales, Ninguna

¿ El stress le ocasiona diarrea? Si _____ No no

¿ Se siente incomoda a causa de una sudoración abundante? SI _____ No X

¿Por secreciones vaginales? Si _____ No X

¿Conoce Ud. Las características del sangrado después de su parto? Si _____ No X

¿Conoce Ud. El tiempo que le durará el sangrado? Si _____ No X

Objetivo:

Abdomen /características: involución uterina; altura del útero 20 Cms hipercontracción Presente

Ruidos intestinales Presente palpación de globo vesical no se palpa

Genitales : características de los loquios Sanguinolentos cantidad moderada

4. - TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es? fría _____ caliente X

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? Nunca _____

A veces X con frecuencia _____

¿ Es Ud. Sensible a los cambios de temperatura? Si X No _____

Cuándo cree que tiene fiebre ¿ Cómo se la toma? Axilar X bucal _____

no se la toma _____

Temperatura ambiental que le es agradable El calor

Objetivo:

Temperatura corporal 37 Grados centígrados

Características de la piel Color rosado Transpiración Mínima

Condiciones del entomo físico Hospitalización 22 grados aprox.

5. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física practica? Correr _____ aerobics _____ bicicleta _____ ninguna X

Actividades en su tiempo libre Ninguna

¿Da algún paseo fuera de su casa Si X No _____ Cual? caminar

¿ Con que frecuencia? por las tardes

¿Practicaba ejercicios prenatales? Si _____ No X

Frecuencia de los ejercicios; diario _____ 2 o 3 veces a la semana _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto? Si _____

No X

¿ Conoce las posiciones que debe adquirir para amamantar a su hijo? Si _____

No X

Objetivo:

Edo. Del sistema esquelético/ fuerza Marcha y fuerza normales

Posturas sentada Ayuda para la deambulaci3n si por la ces3rea

Dolor con el movimiento si causado por la herida addominal

Estado emocional contenta por el nacimiento de su hija

6. - DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿ Tiene h3bitos que le favorecen el sueo? Si X No _____

horario de descanso Las tardes horario de sueo 23:30 a 8.30

horas de sueo 9 Hrs.

¿ Padece insomnio? Si _____ No X

¿ A que considera que se deba? _____ ¿Qu3

hace para remediarlo? _____

¿ Siente cansancio al levantarse? Si _____ No X

¿ En que forme se le manifiesta? _____

¿ Utiliza t3cnicas de relajaci3n? Ninguna

Al egresar del hospital ¿ Quien le ayudar3 en su casa despu3 del parto? Su mam3

¿Por cuanto tiempo? 40 d3as ¿En que actividades le ayudar3? Comidas

X limpieza X cuidados a su hija X

otras actividades _____

¿ Qui3n se levantar3 por la noche para cuidar al ni3o? Ella misma

Objetivo.

Estado mental; ansiedad _____ estresada _____ lenguaje normal /
Ojeras X atención X bostezos _____ concentración _____
Apatía _____ cefaleas _____

7. - USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Subjetivo:

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? no
¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No, elige siempre su
ropa desde un día antes

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a Ud. Le gustaría? No
Al salir del hospital ¿ Cómo se vestirá? Con pañoleta X con calcetas X
Abrigada X
¿ Que creencias tienen Ud. Con respecto a la lactancia y la forma de abrigarse?
Que duele la cabeza, y hay que cubrirse la espalda por que se vá la
leche.

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad viste ropa de moda para adolescentes
Vestido incompleto _____ sucio _____ inadecuado _____
otros. porta ropa del hospital (camizón)

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: baño; diario X c/3er.día _____ c/8 días _____
Esporádicamente _____
Momento preferido para el baño: por la mañana X por la noche _____
Frecuencia de cambio de ropa personal: diario X cada 3er. Día _____
Frecuencia de cambio de ropa de cama: cada 8 días X cada 15 días _____
Frecuencia de aseo dental: 1 vez al día _____ 2 veces X 3 veces _____
Esporádicamente _____
Prótesis dentales: Si _____ No X completas _____ parciales _____
Condiciones de la dentadura: obturación en 2º molar inferior izquierdo
Fecha de la última visita al dentista: Agosto del 2000
Aseo de manos; antes y después de comer X después de eliminar X

¿ Sabe como asear sus pezones, para amamantar a su hijo? Si X No
 ¿Cómo? Cuando se bañe o lavarlos por separado
 Frecuencia Antes de darle de comer a la niña
 ¿Ha pensado como cuidarse la piel de su abdomen después del parto? Si
 ¿ Sabe como asearse y protegerse la herida de su cesárea? Si
 ¿Cómo? vendandosela y no mojarcela

Objetivo.

Aspecto general: Limpia alineada, peinada
 Olor corporal a jabón de baño Halitosis No
 Estado del cuero cabelludo Limpio y peinado
 Cambios tegumentarios propios del embarazo Cloasma gravídico leve en la nariz
 Condiciones de la herida: limpia y seca

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivos:

Miembros que componen su familia de pertenencia:

NOMBRE	PARENTESC	EDAD	ESCOLARIDA	OCUPACION

¿ Es Ud. alérgica a algún medicamento? Si No X
 ¿ A otra substancia? Ninguna
 ¿Tomó Ud. algún medicamento que no haya prescrito el médico, durante su embarazo?
 Ninguno
 ¿Llevó control prenatal? Si X No N° de consultas 4
 ¿ Sabe cuando debe acudir a consulta después del parto? Si No X
 ¿ Sabe por que es importante que la revisen? Si No X
 ¿ Que sensación o sentimientos tiene ahora que ya tiene a su hijo?
 Felicidad X tristeza preocupación depresión
 ¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? Si No X
 ¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?
 Se estresa le da sueño come mucho X llora ríe sin control
 Busca una solución inmediata En ocasiones

Objetivos:

Condiciones de ambiente en el hogar: Pisos resbaladizos, escaleras con barandal

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo.

Estado civil: Soltera Vive con: Sus padres

Preocupaciones actuales. La situación de su familia porque el padre de su hija es su primo en línea directa y no sabe que va a pasar cuando él conozca a la niña aunque sus padres la apoyaron en la conservación del embarazo y la atención médica del parto, le preocupa la continuación de sus estudios porque ya perdió el semestre

Rol en la estructura familiar. Es hija de familia

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? desde que nació

¿Existen buenas relaciones en la vecindad? si conviven

¿Hay hermanos y hermanas del niño que acaba de nacer? Ninguno

¿Tiene amigas o familiares en quienes confíe? si sus amigas y una Tía

¿Comunica a alguien sus temores respecto a la forma de cuidar a su hijo? Si a su Madre

¿Cuánto tiempo pasa sola? son mínimos

Frecuencia de los diferentes contactos sociales? Pasear con amigas y en la escuela

Objetivo:

Capacidad verbal: su habla es fácil, clara y precisa con ritmo moderado

¿Ve Ud. bien? Si X No ¿lleva Ud. lentes de contacto? Si

No X

¿Oye bien? Si X No ¿Lleva aparato auditivo? Si

No X

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo.

Creencia religiosa: Católica

Principales valores en su familia: Honestidad, convivencia, confianza de poder expresarse, amor

Principales valores personales: amor, respeto, humildad, confianza

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir Si

Objetivo:

¿ Permite el contacto físico? por el momento sólo de sus padres y familiares de otras personas no

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Ninguno

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo.

¿ Esta satisfecho con el Rol que juega dentro de su familia? Si

¿Es responsable del sustento familiar? Si _____ No X

¿ Depende de otro familiar? Si X No _____ De quienes De sus padres

Satisfacción materna actual:

¿ Intenta ver a la niña tan pronto como nace? Si X No _____

¿ Como se muestra? Feliz X desilusionada _____ apática _____

enfadada _____ llanto de alegría X triste _____ orgullosa X

Contacto visual: busca la mirada de la niña, si establece mirada cara a cara

Contactos táctiles: abraza a su hija meciendola y la acaricia de forma tranquilizadora

Contactos auditivos; le habla y le llama por su nombre (Brenda)

Respuesta hacia la pareja; feliz _____ lo ignora _____ enfado X

Indiferencia _____ presenta contacto visual con su pareja está ausente no sabe del nacimiento de la niña

Relaciones sexuales: Edad de inicio de vida sexual 16 años

¿su estado actual le ha ocasionado cambios en las relaciones sexuales? Rechazo a la pareja Si Rechazo por parte de la pareja No

Objetivo.

Estado emocional; calmada _____ ansiosa X temerosa _____

Inquieta _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Bailar

- ¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidades? No
 ¿ Existen recursos recreativos en su comunidad? si un deportivo
 ¿ Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ cultural _____
 profesional X
 ¿ Cuales son sus pasatiempos favoritos? Salir a pasear con la familia

Objetivo:

- Integridad neuromuscular: sin alteraciones
 ¿ Rechaza las actividades recreativas? no pero dice que a partir de ahora no va a tener tiempo por que se va a dedicar al cuidado de su hija y a estudiar
 Estado de ánimo; participativo X apático _____ aburrido _____

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

- Nivel de educación: 4º semestre de vocacional
 ¿ Tomó Ud. cursos prenatales? Si _____ No X
 Si la respuesta es si, ¿cuántos? _____ ¿En que lugar? _____
 Si la respuesta es no, ¿ por qué? por que no estaban a su alcance
 ¿ Ha leído algo sobre embarazo, parto o puerperio? Si _____ No X
 ¿ Ha leído sobre cuidados al recién nacido? Si X No _____
 ¿Dejó hechos los preparativos para el recién nacido? Si X No _____
 ¿Cuáles fueron? Sabanas y cobertores limpios y toda su ropita
 ¿ Ya eligió el modo de alimentar a su niño? Si X No _____
 Si la respuesta es si, ¿cuál? El pecho X el biberón _____ ¿Quién influyó en Ud.? Su madre
 ¿ Cuando tomo la decisión: antes X durante _____ su embarazo?
 ¿ Fue una decisión personal? Si _____ mas o menos X No _____

A que edad cree usted que:

- El niño comenzará a ver los objetos cuando habra los ojos
 Comenzara a ser consciente de su entorno: a los dos años
 ¿ Cuando cree que podrá enseñarle cosas? cuando ya entienda
 ¿ Cree Ud. que es importante que le platique a su niño? si

¿Le gustaría intercambiar opiniones con la enfermera sobre los siguientes temas?

Alimentación durante el post parto: _____

Adaptación al Rol de padres: _____
Cambios y cuidados que se dan después del parto o la cesárea. X
Crecimiento y desarrollo durante el primer año de su niño: _____
Lactancia materna. *si sobre la posición para no lastimarse la herida*
Cuidados al recién nacido en el hogar: Si saber como bañarlo
Prevención de accidentes _____ de infecciones _____ en los niños.
Otros temas de interés para Ud. _____

ENTREVISTA REALIZADA POR: Pasante de LEO ELIA ROSA BARRADAS
VELAZQUEZ.

FECHA: 21 DE AGOSTO DEL 2000.

Interrogatorio

1.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Diabetes: Abuela materna.
Cáncer cérvico uterino: Abuela materna.
Hipertensión: Padre.
Cardiopatía: Abuela paterna.

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Ha presentado alguna de estas patologías;

Sarampión _____ Varicela X Poliomielitis _____
Hepatitis _____ Tuberculosis _____ Tumoraciones _____
Rubéola _____ Anemias _____

Le han practicado transfusiones; Si _____ No X Cuando; _____

Ha tenido traumatismos o fracturas: Si _____ No X

Donde _____ Cuando _____

Le han realizado intervenciones quirúrgicas; Si X No _____

Cual Cesárea Cuando 11 de septiembre del 2000

3.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Edad de menarca; 12 Ritmo menstrual; 28 x 5 I.V.S. 16 años

Gestas 1 Partos 0 Abortos 0 Cesáreas 1

Edad de primer embarazo; 17 Ultimo periodo intergenésico, _____

Embarazo actual No F.U.M. _____ F.P.P. _____

Semanas de gestación _____ Fecha de último parto o cesárea 11 sept 2000

Uso de métodos de planificación familiar: Si _____ No X

Tipo _____ Duración _____ Efectos secundarios _____

Prescripción: Médica _____ Automédica _____

Evolución del embarazo;

Primer trimestre: Sintomatología neurovegetativa Náuseas, vómito

Sangrado transvaginal Si No X

Segundo trimestre: Percepción de movimientos fetales a los 4 meses

Presencia de contracciones de Braxton Hiks Si

Tercer trimestre: presencia de contracciones dolorosas; Si X No

Control prenatal: Médico X N° de consultas 4 Ninguno

Complicaciones ninguna Tratamiento

Aumento ponderal, 11 Kgs.

Atención del parto:

Hospitalario Si Fortuito Lugar Hospital de Gineco Obst. Tlaltelolco.

Complicaciones Sufrimiento fetal agudo y ruptura P. Membranas.

Tratamiento Césarea tipo Kerr

Datos del recién Nacido:

Sexo Femenino Hora del nacimiento 1:40 Apgar 7/9

Peso 3,100 Kgs. Talla 50 cms. Perímetro cefálico 33.5

EXPLORACION FISICA.

Cabeza:

Cráneo: Endostosis No Exostosis No Heridas No

Alopesia No Infestaciones No Higiene Limpia

Cara: Coloración Rosada Pigmentación

Ojos; Edema Palpebral No Reflejo ocular Normal

Naríz: Desviaciones No Sinusitis No Epistaxis Durante el embarazo

Boca: Mucosas orales: Hidratadas X Semihidratadas Secas

Coloración de la mucosa: Rosada X Cianótica Pálida

Piezas dentales: Completas Si X No Prótesis

Caries: Si X No pieza dental 2° molar inferior izquierdo

Oídos: Escucha bien: Si X No Infecciones frecuentes Si No X

Utiliza aparatos auditivos Si No X

Cuello:Pulsos carotídeos: Simétricos X Asimétricos _____Problemas para deglutir: Si _____ No X **Tórax:****Mamas:**Tamaño: Pequeñas _____ Grandes X Hipertróficas _____Forma: Redondas X Ovaladas _____Turgencia: Flácida _____ Turgente X Pezón: Erectil: Si X No _____Normal X Plano _____ Hundido _____ Umbilcado _____Areola primaria: Pigmentada _____ Hiperpigmentada X Areola secundaria: Pigmentada _____ Hiperpigmentada X Ruidos cardíacos: Frecuencia 80 Rítmico: Si X No _____Ruidos respiratorios: Frecuencia 20 **MIEMBROS SUPERIORES:**Simetría Si Malformaciones No Edema No Dolor No Heridas No Higiene Limpios Venoclisis y/o catéteres No Sitio de punción _____

Tipo de solución _____

Velocidad del goteo _____ por minuto.

Abdomen:Piel: Heridas Quirúrgicas: Si X No _____ Localización _____

Condiciones: limpia _____ Seca _____ Con puntos _____

En proceso de cicatrización _____

Cubierta por: Apósito _____ Vendaje _____

Estrías: Si _____ No _____ Cicatrices _____

Forma: Globoso: Si X No _____ Plano: Si _____ No _____

Altura de fondo uterino _____

Hipercontraído: Si No Fláccido: Si No

Contracciones uterinas: Si No

Frecuencia Intensidad Duración

Maniobras de Leopold:

Presentación Posición Situación

F.C.F. Localización:

Ruidos intestinales presentes. Presencia de globo vesical no se palpa.

Genitales:

Características: de primípara Multípara Nulípara

Salidas: Líquido amniótico: Si No

Claro Turbio Meconial Hemático

Loquios: Hemáticos Serohemáticos Serosos

Cantidad Regular Olor Suigeneris

Episiotomía: Si No Tipo

Edema Hematoma

Cérvix: Borramiento % Dilatación cms.

Miembros Inferiores:

Várices Edema Dolor

Escoriaciones Heridas

Pulsos pedios Simétricos Popíteos Simétricos

Higiene: Pies Limpios Uñas Limpias

Problemas para la movilización y marcha de ambos miembros

Elaboró : Profa. ELIA ROSA BARRADAS VELAZQUEZ.

2.3. Análisis de los datos.

Datos de Independencia y de dependencia en relación con las necesidades fundamentales, obtenidas en el curso de la entrevista y observación.

Necesidad de nutrición e hidratación.

Datos de independencia; dentadura completa, buena masticación, buen apetito.

Datos de dependencia; por estar amamantando requiere de un aumento de calorías de 2500 a 2700 kcals/día, así como proteínas por ser un componente importante de la leche y debe ingerir 654 gs/día y un total de 3 a 4 litros de líquidos que incluyan agua, jugos, leche, sopas.

Necesidad de Eliminación.

Datos de independencia; miccionó espontáneamente, orina transparente, salida loquios en cantidad moderada color rojo oscuro, sin coágulos, presencia de ruidos intestinales disminuidos, no ha canalizado gases ni ha evacuado.

Datos de dependencia parcial; por ser el estreñimiento un signo del puerperio mediano y del período post-operatorio, es importante la deambulación y la orientación sobre la ingesta de alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos, para favorecer la evacuación intestinal.

Necesidad de descanso y sueño.

De sueño:

Datos de independencia; no tiene insomnio, llega fácilmente al sueño.

Datos de dependencia parcial; el cambio de rol de adolescente a ser madre y tener una recién nacida, le alteraron en cierto grado sus horas de sueño, ya que este se ve interrumpido en las noches por las demandas de la niña que pide alimentación al seno.

De descanso:

Datos de independencia; descansa por ratos, acostada de lado.

Datos de dependencia; manifiesta verbalmente la presencia de dolor en herida quirúrgica, y en el abdomen en general, por lo que está incómoda.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Datos de independencia; piel y mucosas limpias, baño de regadera diario, aseo dental después de las comidas.

Datos de dependencia parcial; por presentar una herida quirúrgica, es importante mantenerla limpia y seca y protegerla con apósito después del baño de regadera y refiere no saber como asearse los pezones para amamantar a su hija.

Necesidad de trabajar y realizarse

Datos de independencia; manifiesta sus expectativas referente a su hija, diciendo "voy a quererla mucho y a educarla".

Datos de dependencia; por ser una madre adolescente y soltera, se observa comportamiento materno sólo de contacto físico y motor, pero no de vínculo materno que la lleve a la sincronía de la interacción madre-hija.

Necesidad de aprendizaje.

Datos de independencia; manifiesta interés por aprender, cómo cuidar a su hija y los cambios biológicos y cuidados corporales después de la cesárea sobre todo los ejercicios físicos del puerperio.

Datos de dependencia; desconoce los cuidados corporales posteriores a la cesárea, que debe tener en su domicilio, así como los que le debe proporcionar a su hija recién nacida y las técnicas de lactancia materna.

Valoración.

Adolescente cursando puerperio quirúrgico mediato, con signos vitales estables, iniciando lactancia materna, mamas turgentes, pezón apto para la lactancia, con salida de calostro, abdomen flácido; a la palpación se localiza útero firme, redondeado, a la altura de 1 cm por arriba de la cicatriz umbilical, y lateralizado a la derecha de la línea media. Se observa herida quirúrgica abarcando mesogástrico e hipogástrico, limpia unida por puntos de sutura, se auscultan ruidos intestinales presentes, genitales de nulipara con salida de loquios color rojo oscuro sin coágulos, en cantidad moderada, orinó sin dificultad 500 mls de orina transparente, no ha evacuado ni ha canalizado gases, miembros pélvicos simétricos con ligero edema en región maleolar, pulsos popíteo y pedio sincrónicos.

2.4. Diagnósticos de Enfermería.

Nombre: A.H. Minerva	Edad: 17 años	Sexo: Femenino	Edo. Civil: Soltera
Religión: Católica	Escolaridad: 4º sem. vocacional	Cama: 162	
Servicio: Embarazo Bajo Riesgo.		Dx. Médico: Cesárea tipo Kerr	

NECESIDADES	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Nutrición e Hidratación:	Alteración de la nutrición relacionado con la demanda de nutrientes, durante la lactancia, manifestada por mucha hambre. Riesgo de déficit de volumen de líquidos, relacionado con la lactancia.
Eliminación:	Alteración de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la motilidad intestinal y falta de tono muscular abdominal, evidenciada por falta de defecación durante 2 días post-cesárea.
Descanso y sueño:	Alteración del patrón de sueño en relación con las necesidades y horario de alimentación al seno manifestado por fatiga física durante el día. Alteración del bienestar por dolor en la herida quirúrgica e involución uterina manifestada por facies de dolor y disminución de la actividad física.
Higiene y protección de la piel:	Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con cesárea evidenciada por herida quirúrgica abdominal.

NECESIDADES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Trabajar y realizarse:	Alteración parental en relación con una hija no deseada, evidenciada por deterioro de la unión padre/madre-hija.
Aprendizaje:	<p>Lactancia materna ineficaz, relacionada con la inexperiencia respecto a la lactancia evidenciada por colocación incorrecta de la niña para la alimentación al seno.</p> <p>Déficit de conocimientos en relación con inexperiencia en el cuidado a su hija recién nacida (manera de tomarlo en sus brazos, bañarlo, alimentarlo), manifestado por que es primeriza.</p> <p>Déficit de conocimientos en relación con inexperiencia en el cuidado a su recién nacida en el hogar, evidenciado por ser primeriza y adolescente.</p> <p>Déficit de cuidados relacionada con los cuidados corporales, después de la cesárea evidenciada por su juventud y ser primeriza.</p>

2.5 Planeación.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Nombre: A.H. Minerva	Edad: 17 años	Sexo: Femenino	Edo. Civil: Soltera
Religión: Católica	Escolaridad: 4° sem. vocacional	Cama: 162	
Servicio: Embarazo Bajo Riesgo.		Dx. Médico: Cesárea tipo Kerr	

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO
1. Nutrición e hidratación	Nutrición e hidratación	Que la Señora Minerva, aumente su ingesta de nutrimentos balanceados, durante el periodo de lactancia. La Señora Minerva beberá de 2500 a 3000 c.c. de líquidos durante las 24 horas.
2. Eliminación	Eliminación	La Señora Minerva al cabo de 24 horas habrá defecado sin dificultad ni esfuerzo.
3. Moverse y mantener buena postura.		
4. Descanso y sueño.	De descanso y sueño.	La Señora Minerva comprenderá la importancia del reposo y siesta vespertina de 3 horas. Proporcionar comodidad óptima y equilibrio entre reposo y actividad. Que conserve un estado óptimo de bienestar en todo momento.

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO
5. Higiene y Protección de la piel.	Higiene y Protección de la piel.	<p>Calmar el temor y la ansiedad en relación con la herida quirúrgica, proporcionando protección.</p> <p>Reducir la tensión en la sutura por medio de la aplicación de vendaje.</p>
6. Comunicarse.		
7. Trabajar y realizarse	Trabajar y realizarse.	Favorecer la oportunidad de interactuar con su hija para establecer una vinculación positiva.
8. Aprendizaje.	Aprendizaje.	<p>La Señora Minerva deberá:</p> <p>Identificar la técnica en "C" para la lactancia.</p> <p>Adquirir destreza y relajación cuando alimente a su hija y evitar la compresión en la herida quirúrgica.</p> <p>Demostrar su capacidad para manipular a su hija dentro y fuera de la cuna.</p> <p>Demostrar su capacidad para cuidar el cordón umbilical de su hija, antes de ser dada de alta.</p> <p>Al ser dada de alta, sabrá los cambios biológicos que se dan después de la cesárea y los cuidados a su cuerpo.</p>

2.6 Ejecución.

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

Nombre: A.H. Minerva	Edad: 17 años	Sexo: Femenino	Edo. Civil: Soltera
Religión: Católica	Escolaridad: 4º sem. vocacional	Cama: 162	
Servicio: Embarazo Bajo Riesgo.		Dx. Médico: Cesárea tipo Kerr	

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la nutrición relacionada con la demanda de nutrientes, durante la lactancia materna manifestada por mucha hambre.	
OBJETIVOS: Que la madre aumente su ingesta de nutrimentos balanceados, durante el período de lactancia.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Proporcionar dieta normal de 2700 kcpls.</p> <p>Recomendando que contenga proteínas 62 g/día, que la puede obtener consumiendo: frijoles, cacahuete y carnes blancas de preferencia leche, queso, pan, cereal, huevo.</p> <p>Calcio 1200 mgs/día. Lo puede adquirir del consumo de leche; quesos, yogurth, pescado.⁶³</p> <p>Consumo de leche 1.5 litros, por lo menos para cubrir las necesidades adicionales de proteínas tiamina, riboflavina, calcio, fósforo y niacina.⁶⁴</p>	<p>Cualquier limitación de nutrientes en el consumo de la madre interferirá con la cantidad de leche que produce y en caso de que sea una limitación grave, alterará la composición de la leche.⁶⁵</p>
EVALUACION: Ingerió toda la dieta durante las 3 comidas del día y fue de 2000 kcals.	

⁶³ Olds. Et al. Enfermería Materno Infantil. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill México D.F. 1995 p. 413

⁶⁴ Idem. P. 773

⁶⁵ Reeder et al. Enfermería Materno Infantil. 7ª. Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México D.F. 1995. P. 772

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos, relacionado con el aumento de la demanda de los mismos durante la lactancia.

OBJETIVOS: La Señora Minerva beberá de 2500 a 3000 cc. de líquidos durante las 24 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Orientación sobre la ingesta de abundantes líquidos que incluyan; agua, jugos de fruta natural y leche.</p> <p>Valorar estado de hidratación por medio de la observación de: Turgencia de la piel. Mucosas orales. Cantidad de orina en 24 horas (1500 mls). Presencia de sed.</p>	<p>La demanda de líquidos durante la lactancia es mayor, ya que la secreción promedio de leche es de 750 mls/día durante los 6 primeros meses, por lo que requiere de 2500 a 3000 mls/día.⁶⁶</p> <p>Descubrir indicios tempranos sobre situaciones físicas potencialmente peligrosas.⁶⁷</p>
<p>EVALUACION: Tomó 2500 mls durante todo el día. Orinó 800 mls durante 24 horas.</p>	

⁶⁶ Op. Cit. Reeder. P. 773

⁶⁷ Wieck, Lynn, et, al. "Registro de Ingestión y excreción de líquidos", en Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. 3ª Edición Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 1988 p. 439.

NECESIDAD: Descanso y Sueño	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del patrón del sueño en relación con las necesidades y horario de alimentación al seno manifestada por fatiga física, durante el día.	
OBJETIVOS: La Señora Minerva comprenderá la importancia del reposo y siesta vespertina de 3 horas. Proporcionar comodidad óptima y equilibrio entre reposo y actividad.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Indicar a la madre que el niño come con intervalos cortos en las primeras semanas, por lo que debe acostumbrarse a tomar siestas durante el día, de preferencia cuando el niño duerme también.⁶⁸</p> <p>Ayudar a la madre a identificar los indicios de hambre y de saciedad en su niña e indicarle que puede llevar varios días para adaptarse a este nuevo proceso.⁶⁹</p> <p>Restringir número y horario de visitas y de familiares.</p>	<p>El reposo es de particular importancia para las madres que amamantan, ya que la preocupación y la fatiga inhiben la producción de leche.⁷⁰</p> <p>Las visitas fatigan a la madre y constituyen una fuente de infecciones potenciales para el recién nacido.⁷¹</p>
EVALUACION: Sólo durmió 3 horas durante la noche, por estar en proceso de adaptación.	

⁶⁸ Idem. Reeder p. 772
⁶⁹ Idem. Reeder. P. 759
⁷⁰ Idem. Reeder p. 642
⁷¹ Idem. P. 772

NECESIDAD: Eliminación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Posible alteración de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la motilidad intestinal y falta de tono muscular abdominal.

OBJETIVOS: La Señora Minerva, al cabo de 24 horas habrá defecado sin dificultad ni esfuerzo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Auscultar ruidos intestinales, por medio de la palpación y percusión.	El tono y la motilidad intestinal, es durante el período de postparto se deben al relajamiento de los músculos abdominales y al efecto de la progesterona en los músculos lisos. ⁷³
Establecer con la paciente una dieta equilibrada que contenga alimentos ricos en fibra.	
Recomendarle la ingesta de abundantes líquidos y la toma de 1 vaso de agua caliente media hora antes del desayuno. ⁷²	El agua caliente actúa como estímulo para la evacuación intestinal. ⁷⁴
Favorecer la deambulación diaria moderada.	La deambulación ayuda al uso óptimo de los músculos abdominales y da efecto a la fuerza de la gravedad. ⁷⁵

EVALUACION: La Señora deambuló por la tarde, manifestando aumento de ruidos intestinales. No defecó.

⁷² Idem. P. 443

⁷³ Idem. Reeder p. 633.

⁷⁴ Op. cit. Carpenito p. 443.

⁷⁵ Idem. P. 443.

NECESIDAD: Descanso y Sueño

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del bienestar por dolor en la herida quirúrgica e involución uterina manifestada por facies de dolor y disminución de la actividad física.

OBJETIVOS: Que conserve un estado óptimo de bienestar en todo momento. Evaluar el proceso de involución uterina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Administración de analgésicos vía oral, llevando la regla de las 5 correctas. ⁷⁶	La verificación con la regla de los 5 correctos reduce la probabilidad de errores en el medicamento. ⁷⁶
Administrar Naproxen 300 mgs U.O. c/6 horas.	El Naproxeno tiene acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria, se piensa que inhibe la síntesis de las prostaglandinas 3.
Vaciando la tableta en la tapa del frasco y pasarla de ahí al vaso de medicamentos. No tocar el medicamento con los dedos.	Evitar el contacto con los medicamentos reduce la probabilidad de contagios. El lavado de manos disminuye la posibilidad de disminuir infecciones. ⁷⁹
Verificar el fondo uterino durante el periodo de post-cesárea. ⁷⁷	
Hacer que la señora vacíe su vejiga. Colocarla recostada de espalda con los pies juntos y las rodillas separadas. Colocarse guantes. Retirar la toalla del perineo.	El útero se desplaza cuando la vejiga se distiende. ⁸⁰
Colocar la mano apoyada sobre la parte inferior del fondo, justo por encima de la sínfisis del pubis, colocar la otra mano en turno al fondo y comprimir con firmeza; observar la posición en relación con el ombligo.	El estado de contracción del músculo uterino, hace fácil distinguirlo de los tejidos flaccidos del abdomen que han sido distendidos por el embarazo. ⁸¹

⁷⁶ Kozier, Bárbara, et al. "Administración de Medicamentos" en Fundamentos de Enfermería.

⁷⁷ Idem. Reeder. P. 631.

⁷⁸ Wieck "Administración de medicamentos" en Técnicas de Enfermería 3ª. Ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1988 P 484.

⁷⁹ Mc. Van, Bárbara. Referencias farmacéuticas. Manual de Consulta para los profesionales de la salud Ed. Manual Moderno México 1995. P. 1163.

⁸⁰ Idem. Reeder. P. 631.

⁸¹ Idem. Wieck. P. 984.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Si el fondo se siente suave (atónico), girar la mano con suavidad alrededor del mismo para darle masaje; expulsar los coágulos de sangre restantes ejerciendo presión firme hacia abajo contra la mano de apoyo.</p> <p>Examinar la vulva para determinar la cantidad de hemorragia y el paso de coágulos.</p> <p>Retirar las toallas sucias, limpiar el perineo y aplicar una toalla limpia.</p>	
<p>EVALUACION: La Señora expresa comodidad y sensación de alivio del dolor posteriormente al analgésico.</p>	

NECESIDAD: Higiene y Protección de la piel.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con cesárea evidenciada por herida quirúrgica abdominal.

OBJETIVOS: Calmar el temor y la ansiedad en relación con la herida quirúrgica proporcionando protección. Reducir la tensión en la sutura por medio de aplicación de vendaje.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Orientación sobre la importancia de que al bañarse en la regadera, deje caer el chorro de agua en la herida.	El uso de desinfectantes en la herida reduce el número de microorganismos y aminora el peligro de infección. ⁸³
Curación diaria de la herida quirúrgica, con técnica estéril.	El apósito seco y estéril inhibe la extensión de los microorganismos al reducir el efecto capilar. ⁸⁴
Colocación de apósito estéril.	Se obtiene el máximo sostén cuando la presión se distribuye en forma igual, la fricción puede causar irritación. El sostén desde abajo puede causar tensión en la herida y partes adyacentes. ⁸⁵
Aplicación de vendaje abdominal. ⁸² Colocar la venda bajo la paciente con el borde inferior muy por debajo de las caderas. Sujetar los bordes del sostén con firmeza para evitar la fricción y se fija en la parte posterior.	El sostén ceñido reduce la expansión torácica durante la respiración. Sin embargo debe estar lo bastante ceñido como para proporcionar sostén y seguridad. ⁸⁶
Sujetar el sostén con material adhesivo, permitiendo un espacio adecuado para la respiración.	

⁸² Wieck Lynn, et. al. "Aplicación de sostenes" en Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. 3ª. Ed. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. México 1988. Pp. 215-216.

⁸³ Wieck. Lynn, et. al. "Apósitos Quirúrgicos" en Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. 3ª. Ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1988. P. 342

⁸⁴ Idem. Wieck. P. 343

⁸⁵ Idem. P. 215.

⁸⁶ Idem. P. 216.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Aseo de los pezones. Primero debe lavarse las manos y después los pezones con agua limpia.</p> <p>Debe mantener los pezones secos; después de cada período de amamantamiento se deben dejar secar al aire, primero durante 30 segundo y cada vez más tiempo hasta llegar a 3 minutos.⁸⁷</p>	<p>Los microorganismos y la suciedad se adhieren a la espuma y se eliminan al enjuagar.⁸⁸</p> <p>La mayoría de los organismos transitorios pueden eliminarse mediante el arrastre mecánico.</p>
<p>EVALUACION: Se realizó curación de la herida y se cubrió con apósito estéril y vendaje abdominal, quedando cómoda y con sensación de seguridad. Aprendió a asearse los pezones antes de amamantar a su hija.</p>	

⁸⁷ Op. Cit. Olds. P. 952

⁸⁸ Material compilado. Módulo de Prácticas de Enfermería II. ENEP IZTACALA. 1990

NECESIDAD: Trabajar y realizarse	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración parental en relación con una hija no deseada, evidenciado por deterioro de la unión padre/madre-hija (consanguíneas)	
OBJETIVOS: Favorecer la oportunidad de interactuar con su hija para establecer una vinculación positiva.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Favorecer la expresión de sus sentimientos ante su hija su experiencia y sobre el futuro.	Mientras más joven sea la adolescente, es menos probable que presente los comportamientos maternos típicos de contacto, sincronía con su recién nacido, vocalización y proximidad entre la madre y el neonato. ⁸⁹
Fomento de la vinculación, señalando y reforzando las percepciones acerca de la capacidad del niño en su interacción con la madre.	El desarrollo de la reciprocidad entre una madre y su hijo es evidencia del lazo o vínculo que se forma entre ellos. ⁹¹
Describir las características físicas normales del recién nacido.	Cuando la madre se concentra y aplica sus conocimientos y su capacidad para reconocer las señales que emite el niño, la retroalimentación positiva le produce gran satisfacción. ⁹²
Describir y demostrar las técnicas de consuelo, como el uso de sonido, envoltura, mecer al lactante y acariciarlo. ⁸⁹	
Proporcionar información sobre los procesos de enriquecimiento sensorial:	
Visuales, auditivos, táctiles, vestibulares, gustativos y olfatorios.	
EVALUACION: Se observó que la señora inició los primeros pasos para la interacción madre-hija.	

⁸⁹ Idem. Olds. P. 1122

⁹⁰ Idem. Olds. P. 1115

⁹¹ Idem. P. 1116

⁹² Op. Cit. Reeder. P. 729

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Lactancia materna ineficaz relacionada con la inexperiencia respecto de la lactancia, manifestada por colocación incorrecta de la niña para la alimentación al seno.

OBJETIVOS: La madre deberá; identificar la técnica en "C" para la lactancia. Adquirir destreza y relajación cuando alimente a su hija y evitar la compresión en la herida quirúrgica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Preparación de la paciente para: Comprobar que tanto la madre como el niño han recuperado su estabilidad funcional.</p> <p>Valorar condiciones del pezón para asegurarse que el niño podrá apresarlo con la boca y efectuar una succión eficaz.</p> <p>Colocar a la madre en posición cómoda.⁹³</p> <p>Enseñanza sobre las técnicas de lactancia materna:</p> <p>Posición de balón de fútbol: la madre puede estar sentada en un silla o en la cama. Debe colocar una almohada a uno de los costados para apoyar al bebé. Las nalguitas del bebé deben descansar sobre la almohada, cerca del codo de la madre y sus pies deben apretarse contra el brazo de la madre apuntando hacia su espalda.</p>	<p>La lactancia materna Suministrar la forma natural de nutrición al lactante.</p> <p>Facilitar la involución del útero.</p> <p>Establecer una relación íntima madre-hijo.⁹⁴</p> <p>Esta posición alternativa es ideal para las madres que fueron sometidas a cesárea, ya que evita la presión sobre la herida, al tiempo que permite la visualización máxima de la cara del lactante.⁹⁵</p>

⁹³ Op. Cit. Wieck p. 958

⁹⁴ Idem. P. 951

⁹⁵ Op. Cit. Olds. P. 913

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>La madre apoya la espalda del niño contra su antebrazo y acuna su cabeza en la mano, inclinándolo hacia delante, centrando así el pezón y parte de la areola en la boca del bebe.⁹⁶</p> <p>Acostada de lado: Coloca una almohada debajo de su cabeza y hombros. Puede apretar su brazo inferior contra su cabeza o usarlo para acunar al bebé. El niño se recuesta frente a ella colocando una almohada en su espalda. Con la mano libre la madre proyecta la mama hacia la boca del niño. Debe ofrecer primero la mama inferior y después cambiar hacia el otro lado.⁹⁷</p> <p>Técnica en "C". Para lograr una adecuada succión, es necesario que una vez que el bebé esté cerca de la mama.</p> <p>La madre sostenga la mama con su mano usando 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, justo por atrás de la areola. De esta forma el dedo pulgar y el índice forman una "C" y la madre puede mover la mama e introducir el pezón correctamente en la boca del bebé.⁹⁸</p> <p>Para cambiar de seno o al terminar de lactar, debe introducir suavemente el dedo en la comisura de la boca del niño, con lo cual se rompe el vacío y puede soltar el pezón sin lastimar el seno.</p>	<p>Si la madre colocara los dedos sobre la areola, afectará la salida de la leche y no permitirá que el bebé se posicione correctamente.⁹⁹</p>
<p>EVALUACION: Amamantó a su hija con la posición de balón de fútbol y expresó lo cómoda que es. Aprendió la técnica en "C" para tomar su seno.</p>	

⁹⁶ IMSS Manual de Lactancia materna. C.M. Nacional La Raza Hospital de Gineco Obst. No. 3 p. 31

⁹⁷ Idem. IMSS. P. 31

⁹⁸ Idem IMSS. P. 32

⁹⁹ Idem. IMSS. P. 32

NECESIDAD: Aprendizaje	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos en relación con inexperiencia en el cuidado a su recién nacida (manera de tomarlo en sus brazos, bañarlo, alimentarlo), que la madre es primeriza.	
OBJETIVOS: La Señora Minerva, demostrará su capacidad para manipular a su hija dentro y fuera de la cuna.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Enseñanza a la paciente sobre postura y manejo del lactante:</p> <p>Cuando está en la cuna en posición lateral puede levantarse con facilidad deslizando una mano bajo su cuello y hombros y la otra bajo las nalgas o entre las piernas, luego se levanta al lactante con gentileza.</p> <p>Fuera de la cuna: Sostén en cuna, tomar el muslo con la mano, mientras el brazo sostiene el cuerpo.</p>	<p>Esta técnica proporciona seguridad y apoyo para la cabeza (la cual el lactante es incapaz de sostener hasta los 3 o 4 meses de edad).¹⁰⁰</p> <p>Proporciona una sensación de calor y cercanía, permite el contacto visual y libera una de las manos de la madre, proporciona seguridad al proteger el cuerpo del lactante.¹⁰¹</p>

¹⁰⁰ Op. Cit. Olds, P. 888

¹⁰¹ Idem. Olds, P. 888

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Posición vertical; una mano debe sostener el cuello y los hombros, mientras la otra sostiene las nalgas o se coloca entre las piernas del recién nacido.</p>	<p>Brinda seguridad y una sensación de cercanía y es buena posición para hacer que el lactante eructe.¹⁰⁴</p>
<p>Sostén como pelota de fútbol americano.</p>	<p>Libera una de las manos de la madre y permite el contacto visual.¹⁰⁵</p>
<p>Colocación en la cuna posterior a la alimentación.</p>	<p>La postura lateral favorece el drenaje de moco y permite que el aire circule alrededor del cordón, facilita la expulsión de burbujas de aire del estómago.¹⁰⁶</p>
<p>Colocarlo en forma lateral, con un cobertor o pañal de tela enrollados que abarque desde el hombro hasta la cadera. Si llega hasta la cabeza del niño, la empujará hacia delante.¹⁰²</p>	
<p>Baño del recién nacido. Orientación sobre los implementos para bañarlo y condiciones de la habitación o el baño donde se realice.¹⁰³</p>	
<p>Demostración real del baño.</p>	
<p>EVALUACION: Demostró las posiciones que le fueron enseñadas, acomodando a su hijo en el bacinete y cargándola.</p>	
<p>El baño del recién nacido no fue evaluable, porque el personal de enfermería de la unidad es quien lo realiza.</p>	

¹⁰² Op. Cit. Reeder p. 715

¹⁰³ Op. Cit. Olds. P. 890

¹⁰⁴ Idem. Olds. P. 889

¹⁰⁵ Idem. Olds. P. 889

¹⁰⁶ Idem. P. 889

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos en relación con inexperiencia en el cuidado a su recién nacida en el hogar. Evidenciado por que la madre es primeriza y adolescente..

OBJETIVOS: La Señora Minerva: demostrará su capacidad para cuidar el cordón umbilical de su hija, antes de ser dada de alta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Cuidado del cordón umbilical en el hogar.</p> <p>Indicarle a la madre que limpie el cordón con un aplicador con punta de algodón bañándolo en alcohol, alrededor de la base del cordón. Después del baño y 2 o 3 veces al día o después de cada cambio de pañal.</p> <p>Cambios normales en el cordón, puede verse obscuro y secarse, se cae a los 7 o 14 días después del parto, puede aparecer una pequeña gota de sangre en el pañal cuando el cordón está a punto de caerse.</p> <p>Colocación del pañal Doblar el pañal por debajo del cordón para que este se seque con el aire.</p>	<p>El alcohol en torno a la unión entre el muñón y la piel favorece la cicatrización¹⁰⁷.</p> <p>A las 24 horas del parto la evaporación de la gelatina de Wharton hace que el cordón umbilical pierda su aspecto azulado y húmedo y al cabo de pocos días se vuelve casi negro y arrugado. Varios días más tarde, el muñón cae, dejando una pequeña herida de granulación que al cicatrizar forma el ombligo.¹⁰⁸</p> <p>Los pañales sucios o húmedos retrasan el proceso de secado y aumentan la posibilidad de infección.¹⁰⁹</p>

¹⁰⁷ Miller, Mary Ann, Et. Al, Enfermería Materno Infantil, Ed. Interamericana McGraw Hill España 1987 p 483

¹⁰⁸ Idem. P. 484

¹⁰⁹ Idem. Olds, P. 892

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Vestido del recién nacido haciendo énfasis en que se debe hacer con suavidad, evitando que la ropa le roce la cara y evitar que sus deditos se atoren en las prendas, estas deberán estar previamente lavadas con jabón neutro, no deben desprender pelusa, ni tener cintas sueltas para evitar riesgos de que se las lleven a la boca o se les atoren en sus deditos.</p>	
<p>EVALUACION:</p>	

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de cuidados relacionados con los cuidados corporales después de la cesárea evidenciado por su juventud y ser primeriza.

OBJETIVOS: La madre al ser dada de alta sabrá los cambios biológicos que se dan después de la cesárea y los cuidados para su cuerpo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Enseñanza sobre los cuidados personales de tipo físico.</p> <p>Involución uterina y loquios indicarle a la paciente que los loquios son un sangrado normal durante el puerperio y que va a ir cambiando de características conforme a lo siguiente:</p> <p>Del 1er al 3er. Día (rojo oscuro) 4º al 7º. Día (color rosado) 8º al 10º día (blancos amarillentos y más escasos) 11ª día a 3 semanas (albos)</p> <p>El olor debe ser similar al flujo menstrual.¹¹⁰</p> <p>Cuidados de las mamas (El aseo de los pezones se menciona en la necesidad de higiene y protección de la piel).</p>	<p>Las nuevas madres con frecuencia indican sentirse inseguras con respecto a su capacidad para cuidar de si mismas en el periodo del puerperio, están preocupadas a cerca de la manera en que van a desempeñar su nuevo papel de madres y tienen perturbación del concepto personal.¹¹¹</p>

¹¹⁰ Idem. Reeder. P. 622

¹¹¹ Op. Cit. Reeder. P. 638

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Se le recomienda que se las maneje con cuidado y suavidad y en caso de fugas de leche, en particular los primeros días se puede utilizar protectores para los senos que son de algodón absorbente, para mantener el pezón seco y evitar que la ropa externa se manche.¹¹²</p> <p>Indicarle las señales de peligro en el puerperio. Hemorragia vaginal abundante o loquios color rojo brillante. Fiebre. Aumento de la salida de loquios o que sean de mal olor. Area inflamada o adolorida, enrojecida o caliente en las mamas o en la herida.</p> <p>Sensación quemante o dolor al orinar, incapacidad al efectuar la micción.</p> <p>Dolor persistente en pelvis.</p> <p>Cuidados personales de tipo psico social.</p> <p>Como tratar a visitas y amigos. Se les recomienda restringir las visitas (inclusive familiares) en los primeros días; ya que fatigan a la madre y constituyen una fuente de infecciones potenciales para el recién nacido.</p> <p>Recursos de la comunidad. Existen grupos de apoyo a la lactancia.¹¹³</p>	<p>Si la madre sabe que puede esperar y lo que debe hacer, con frecuencia podrá controlar situaciones, que de lo contrario, le causarían temor o preocupación.¹¹⁴</p>
<p>EVALUACION:</p>	

¹¹² Idem. Reeder. P. 767

¹¹³ Idem. Reeder p. 646

¹¹⁴ Idem. Reeder. P. 638

2.7 Evaluación.

Evaluación del logro de los objetivos.

Claves:

- C** Objetivos logrados.
- P** Objetivos alcanzados parcialmente.
- N** Objetivos no alcanzados.

Objetivo: Que la Sra. Minerva aumente su ingesta de nutrimentos balanceados, durante el periodo de lactancia.

Criterio de Resultado: Explicará los alimentos que contienen proteínas, calcio, hierro y fósforo.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra. Minerva beberá de 2 500 a 3 000 mls. de líquido durante 24 hrs.

Criterio de resultado: Explicará la cantidad y tipo de líquidos que deberá consumir para favorecer la producción de leche.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra: Minerva comprenderá la importancia del reposo y siesta vespertina de tres horas.

Criterio de resultado: Identificará los indicios de saciedad y hambre en su hija para mantenerse en reposo en los intervalos de cada tetada.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Proporcionar comodidad óptima y equilibrio entre reposo y actividad.

Criterio de resultado: intercalará los tiempos de deambulaci3n descanso.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Que conserve un estado 3ptimo de bienestar en todo momento.

Criterio de resultado: Manifestar3 bienestar despu3s de haber descansado la siesta.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Evaluar el proceso de involuci3n uterina.

Criterios de resultados: se palpar3 el 3tero hipercontraido y a la altura del ombligo.

La paciente comprender3 la raz3n de los frecuentes ex3menes del fondo del 3tero.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra. Minerva al cabo de 24 horas habr3 defecado sin dificultad ni esfuerzo.

Criterios de resultados: La paciente describir3 el plan terap3utico intestinal.

Explicar y demostrar la mejor3a de la disminuci3n de la actividad intestinal.

Logro del objetivo. C P N

Objetivo: Calmar el temor y la ansiedad en relaci3n con la herida quir3rgica, proporcionando protecci3n.

Criterio de resultado: La paciente manifestar3 su bienestar posterior a la curaci3n.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Reducir la tensión de la sutura por medio de la aplicación de vendaje.

Criterio de resultado: La paciente manifestará la sensación de seguridad al deambular, después de la aplicación del vendaje abdominal.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Favorecer la oportunidad de interactuar con su hija para establecer una vinculación positiva.

Criterio de resultado: La paciente sonreirá a su hija y se referirá a ella por su nombre.

La tocará y besará con ternura acunándola y adoptando la posición cara a cara.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra: Minerva deberá identificar la técnica en " C " para la lactancia.

Criterio de resultado: La paciente tomará su seno con su mano usando 4 dedos por abajo y el pulgar arriba de la areola formando una C.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: Adquirir destreza y relajación cuando alimente a su hija y evitar la compresión en la herida quirúrgica.

Criterio de resultado: La paciente demostrará haber aprendido a colocar a su hija con la técnica de balón de fútbol.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra: Minerva demostrará su capacidad para cuidar a su hija antes de ser dada de alta.

Criterio de resultado: Demostrará su habilidad en la colocación de su hija en la cuna, fuera de la cuna, así como después de amamantarla.

Demostrará haber aprendido a bañar a su hija.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra. Minerva demostrará su capacidad para cuidar el cordón umbilical, antes de ser dada de alta.

Criterio de resultado: Demostrará el cuidado al cordón umbilical de su hija curándoselo y colocándole el pañal sin cubrir el cordón y vistiéndolo.

Explicará los cambios normales del cordón umbilical al paso de los días.

Logro del objetivo: C P N

Objetivo: La Sra: Minerva al ser dada de alta sabrá los cambios biológicos que se dan después de la cesárea y los cambios en su cuerpo.

Criterios de resultados: Explicará las características de los loquios conforme pasen los días .

Demostrará el aseo de sus pezones antes de amamantar a su hija.

Explicará las señales de peligro en el puerperio.

Logro del objetivo: C P N

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones.

Los tiempos de avances técnicos y científico, obligan a las diferentes disciplinas a redirigir su práctica: enfermería acorde con esta evolución, ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la realización del proceso atención de enfermería basado en una teoría, la cual permite la delimitación propia en su hacer, por lo que es conveniente que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en un cuidado integral.

El considerar las bases teóricas planteadas por Virginia Henderson en la práctica de enfermería, implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son; persona, salud, rol profesional y entorno y las necesidades fundamentales del ser humano en sus dimensiones sociocultural, biológico y psicológico, para lograr dar atención de enfermería holística.

El proceso de enfermería con una base teórica, permite el alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas, exige la consulta bibliográfica permanente, y da oportunidad de tener intercambio de experiencias con colegas enfermeras.

Durante el desarrollo de este trabajo pude constatar que hay un gran diferencia en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso como me lo enseñaron anteriormente y como lo he venido dando durante mi ejercicio docente ya que se caracteriza por su enfoque bajo el modelo médico, curativo, basado en sólo signos y síntomas, la valoración tiende a orientarse en la historia clínica médica, y poco se valoraban los avances del individuo en función de la satisfacción de sus necesidades de acuerdo a los cuidados de enfermería. Las necesidades que manejaba eran las de Maslow que aunque tienen una gran similitud con las de Henderson, las de ella tienen un enfoque más integrador al ver la dependencia y la independencia y las fuentes de dificultad en forma individual.

Las barreras con las que me encontré fue ciento grado de dificultad al elaborar el instrumento de valoración (Historia clínica de enfermería) por que Henderson no contempla la reproducción como tal, la engloba en la necesidad de comunicación y la describe como el hecho de comunicarse con los otros para expresar sus emociones, sus necesidades y sus opiniones y el proceso de enfermería que apliqué fue a una paciente gineco-obstétrica, de tal forma que consulté la teoría de Gordon para guiarme en ese aspecto y de esa manera me fue más fácil elaborar los puntos de valoración obstétrica, y decidí incluir la mayoría de preguntas en la necesidad de Trabajar y Realizarse por ser la necesidad en que se valora el autoconcepto y el rol que se vive en ese momento y la mujer al tener un hijo se siente realizada como mujer y adquiere un nuevo rol en la vida. También incorporé datos en las diferentes necesidades en que consideré que era importante.

Sugerencias.

Que en la formación profesional de los alumnos de la E N E P Iztacala se le dedique tiempo exclusivo como materia al Proceso de Enfermería y no se continúe dándole tiempo parcial.

Que las autoridades docentes de las instituciones educativas y del Sector Salud se reúnan para determinar la forma de aplicar el proceso y los modelos de enfermería acordes con nuestro país y basado en la integración docencia servicio.

Programar e implementar cursos monográficos en las unidades hospitalarias del ISSSTE dirigido al personal de enfermería de los tres turnos, acerca del modelo enfermero para estimularlas a que lo lleven a cabo en el desarrollo de su actividad profesional y de esta forma dar atención de enfermería de calidad e individualizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro, Rosalinda. (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, Tr. Ma. Teresa Luis Rodrigo. 2ª. Edición. Editorial Mosbyl Dogma. Barcelona, España.
2. AMGO No. 3 (1998). I.M.S.S. Ginecología y Obstetricia. 3ª. Edición. Editorial Mendez Editoriales. México.
3. Baena, Paz Guillermina. (1995). Instrumentos de Investigación. Tesis Profesionales y Trabajos Académicos. Editorial Editores Mexicanos Unidos, S.A. México.
4. Carpenito, Linda. (1995). Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, España.
5. Fernández, Ferrín Carmen, et. al. (1995). El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención. Editorial Masson-Salvat. Barcelona, España.
6. I.M.S.S. (1986). Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. México.
7. I.M.S.S. (1997) Manual de Lactancia Materna. C.M. Nacional La Raza. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3. México.
8. I.N.E.G.I. (1997). Hombres y Mujeres de México.
9. Iyer, W. Patricia, et. al. (1990). Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 2ª. Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
10. Kozier, Bárbara. (1999). Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana. México.
11. Martínez, S. et. al. (1997:11 (4)). Interacción Materno Infantil en Madres Adolescentes. Comparación con otros cuidadores. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. pp. 202-206.

12. Miller, Mary Ann, et, al. (1987). Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. España.
13. Mondragón, Castro H. (1991). Obstetricia Básica Ilustrada. 4ª. Edición. Editorial Trillas. México.
14. NANDA. (1999). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Tr. Ma. Teresa Luis Rodrigo. Madrid, España.
15. Olds, et, al. (1995) Enfermería Materno Infantil. 4ª. ed. Editorial. Interamericana Mc Graw-Hill. México.
16. Phaneuf, Margot. (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso Atención de Enfermería, tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruíz. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
17. Putler, Patricia. (1992). Valoración Física. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, España.
18. Reeder, et, al. (1995). Enfermería Materno Infantil. 17ª. edición. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. México.
19. Riopelle, L. Et, al. (1993). Cuidados de Enfermería. Un Proceso centrado en las necesidades de las persona. 2ª. edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México.
20. Rosales, Susana., Reyes, Eva. (1991). Fundamentos de Enfermería. Editorial El Manual Moderno. México.
21. UNAM. (1996). Antología de Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería. Bernal López B, Pineda Ramírez compiladoras. UNAM ENEO SUA. México.
22. UNAM. (2000) Material de Apoyo Seminario de Proceso de Enfermería. UNAM. ENEO. México. (fotocopiado).

23. Vargas, García C y Valencia, Pérez G. (1998). Manejo Integral de los Defectos al Nacimiento. Revista Gen. México.
24. Wieck, L. et, al. (1988). Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. Tr. Dr. José Pérez Gómez. 3ª. edición. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. México.
25. Wolf, Weitzel, et, al. (1988). Curso de Enfermería Moderna. 7ª. Edición. Editorial Harla. México.

APENDICE

GLOSARIO

ANALIZAR. Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde puede situarse en la "imagen completa".

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA. Son aquellas apropiadas al rol de una enfermera.

BIENESTAR. Estado de óptimo funcionamiento biopsicosocial.

CAUSA DE DIFICULTAD. Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Grupo de signos, síntomas y factores de riesgo que con frecuencia se ven en un determinado diagnóstico de enfermería.

CUIDADO. El cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana integral respetando los derechos y los sentimientos de una persona que se cuida de sí mismo.

CLIENTE. El individuo enfermo o sano es un todo que representa 14 necesidades fundamentales. Es la persona y el centro de la atención de enfermería.

CONOCIMIENTO. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Posibilita y orienta la autorrealización la cual se concreta en la libertad y la acción de la persona.

CUERPO. Es el objeto material que permite la medición entre su naturaleza y la cultura.

DATOS OBJETIVOS. Información que es concretamente observable, es decir información que no puede ser seguida y comprendida con los ojos, sentida con las manos oída con los oídos, sentida con el tacto o con el olfato.

D I P. Es la caída transitoria de la frecuencia cardiaca fetal causada por las contracciones uterinas.

D I P TIPO I. Desaceleración temprana, corresponde a una caída transitoria de la frecuencia que le sucede simultáneamente a la contracción uterina y cuyo punto más bajo coincide con el acmé de la contracción, recuperándose dicha frecuencia al término de la misma en un lapso no mayor de 18 segundos.

D I P TIPO II. Es la caída transitoria de la frecuencia durante la contracción pero llega al punto más bajo con un retardo de 30 a 50 segundos en relación a la misma.

ETIQUETA DE LA CATEGORIA. Título que da una descripción concisa del diagnóstico de enfermería.

ENTORNO. Es el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes que influyen sobre la vida y el comportamiento del propio ser, la persona y el entorno independiente.

EJECUCIÓN. Es el inicio y término de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la etapa de planificación.

EVALUACIÓN. La última fase del proceso enfermero, es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales, la enfermera valora el progreso del cliente, establece medidas correctoras si es necesario y revisa el plan de cuidados.

FACTOR DE RIESGO. Algo que se sabe que contribuye o crea un problema específico.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA. Frase que describe claramente un problema de salud.

HIPOXIA. Disminución de la cantidad de oxígeno en los tejidos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para prevenir, mantener y recuperar la salud o para ayudar al paciente terminal o lograr una muerte pacífica.

NANDA. Acrónimo de North American Nursing Diagnosis Association.

PROCESO. Es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular.

PROCESO DE ENFERMERÍA. Es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería.

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO. Método de pensamiento que implica el uso específico, deliberado, de la lógica para alcanzar conclusiones sobre el estado de salud de un individuo.

REGISTRO. Método de anotación de datos facticos, concisos y descriptivos para comunicar la valoración del cliente y las actividades de enfermería realizadas por y para el cliente.

VALIDACIÓN. Proceso de confirmación de que la información o datos que se han recogido son verdaderos y basados en hechos.

VARIABLE. Factor que afecta el logro de los objetivos positivamente.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Nombre:	Edad:	Sexo:	Edo. Civil:
Religión:	Escolaridad:		Cama:
Servicio:	Dx.		

NECESIDADES	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Nombre:	Edad:	Sexo:	Edo. Civil:
Religión:	Escolaridad:	Cama:	
Servicio:	Dx.		

NECESIDADES ENCONTRADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVOS

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

Nombre:	Edad:	Sexo:	Edo. Civil:
Religión:	Escolaridad:		Cama:
Servicio:		Dx.	

Necesidad de: _____

Diagnóstico de Enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación

Evaluación: _____