



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE POSTCESAREA CON
ALTERACION EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD
POR UNA INADECUADA ELIMINACION DE LOQUIOS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MARGARITA ACEVEDO PEÑA

No. de cuenta: 83457258
DIRECTOR DE TRABAJO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ
Coordinación de

Servicio Social 2002

MEXICO, D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios, por darme la vida y permitirme alcanzar las metas que he me trazado.

A mi esposo Raúl, con todo mi amor y cariño por el apoyo incondicional que me ha brindado siempre, y en especial durante el desarrollo de este trabajo.

A mis hijos Raúl Fernando y Mariana por su comprensión, ya que aun siendo pequeños, me brindaron su apoyo regalándome el tiempo que les pertenecía para alcanzar una meta más en mi vida.

A mis hermanos Rafael, Celina, Carmen, Ofelia, Lourdes, Lucia, Juana y en especial a mi hermana Alicia por el apoyo brindado.

A mis padres Placido y Graciela, por la herencia tan grande que me dejaron como base para mi vida, la educación.

A mi Asesor y Director de Tesis, Lic. Armando Ortega Gutiérrez, por sus aportaciones, paciencia y apoyo.

INDICE

Introducción.	1
1. Justificación	2
2. Objetivos	2
2.1. General	2
2.1.2. Del caso.	2
2.1.2. De aprendizaje.	2
3. Marco Teórico	3
3.1. Generalidades.	3
3.2. Proceso atención de Enfermería.	5
3.2.1. Beneficios del uso del Proceso.	5
3.2.2. Comparación del Método Científico.	6
3.3. Etapas del Proceso atención de Enfermería.	7
3.3.1. Valoración.	7
3.3.1.1. Interacción.	7
3.3.1.2. Observación.	7
3.3.1.3. Medición.	8
3.3.1.4. Historia Clínica de Enfermería.	8
3.3.2. Diagnostico de Enfermería.	9
3.3.3. Planeación.	10
3.3.3.1. Como establecer prioridades.	11
3.3.3.2. Establecimiento de objetivos.	11
3.3.3.3. Determinación de las intervenciones.	11
3.3.3.4. Anotación del Plan de Cuidados.	11
3.3.4. Ejecución.	11
3.3.5. Evaluación.	13
3.4. El Modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.	14
3.4.1. Conceptos básicos.	14
3.4.2. Necesidades básicas.	15

3.4.3.	La salud independencia / dependencia.	16
3.4.4.	Definición de los conceptos clave de este modelo.	17
3.4.5.	Postulados.	17
3.5.	Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.	20
3.5.1.	Utero.	21
3.5.2.	Trompas de Falopio.	21
3.5.3.	Ovarios.	21
3.5.4.	Vagina.	21
3.5.5.	Vulva.	22
3.6.	Puerperio.	23
3.6.1.	Concepto.	23
3.6.2.	Concepto puerperio patológico.	23
3.6.3.	Clasificación.	23
3.6.4.	Cambios anatómico fisiológicos generales.	24
3.6.5.	Cambios locales.	25
3.7.	Cesárea.	28
3.7.1.	Frecuencia.	28
3.7.2.	Indicaciones.	29
3.7.3.	Preparación.	30
3.7.4.	Cesárea segmentaria.	30
3.8	Generalidades del Padecimiento.	31
3.8.1.	Endometritis.	31
3.8.1.1.	Datos de laboratorio.	31
3.8.1.2.	Patogenia.	32
3.8.1.3.	Signos y síntomas.	33
3.8.1.4.	Tratamiento.	33
4.	Metodología.	35
4.1.	Primera Etapa: Valoración.	35
4.2.	Segunda Etapa: Diagnóstico de enfermería.	35
4.3.	Tercera Etapa: Planeación.	35
4.4.	Cuarta Etapa: Ejecución.	36
4.5.	Quinta Etapa: Evaluación.	36
5.	Valoración de Enfermería.	37
6.	Historia Clínica de Enfermería: Virginia Henderson	38

7. Diagnóstico de Enfermería.	47
8. Planeación.	48
9. Ejecución.	49
10. Evaluación.	56
11. Plan de Alta.	58
12. Planeación de la visita domiciliaria.	59
13. Informe de la visita domiciliaria.	60
14. Conclusiones y sugerencias.	61
15. Glosario.	63
16. Bibliografía.	65
17. Anexos.	67

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería en forma individualizada, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas a corto, mediano y largo plazo, caracterizado por su humanidad ya que se desarrolla y se pone en práctica de manera que los intereses de las personas reciban la mayor consideración.

El PAE se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del paciente para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería eficientes y de mejor calidad.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el PAE promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten omisiones y conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas y a estimular la identificación y utilización de las capacidades evitando que estas pasen por alto los recursos.

La documentación de enfermería precisa es la clave para determinar lo que ha sucedido a un paciente específico o grupo de pacientes. Sin ella la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar los estudios que hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían.

El presente trabajo contiene un caso individualizado de una paciente con Endometritis, a la cual se le proporcionaron cuidados de enfermería utilizando el Proceso Atención Enfermería y con enfoque a la teoría de modelo de Virginia Henderson, contemplando sus catorce necesidades; incluye además, los siguientes apartados: justificación, objetivos, marco teórico, historia clínica, plan de cuidados de enfermería, conclusiones, bibliografía y anexos.

Todo esto con la única finalidad de proporcionar cuidados de enfermería individualizada, promover, mantener y recuperar la salud del individuo, familia, y comunidad, al mismo tiempo que mejorar la calidad de los cuidados de forma eficaz.

1. JUSTIFICACION

En la actualidad se hace necesario hacer de los servicios de enfermería una actividad profesional, cada vez más útil y responsable. La implementación de métodos eficaces y directos en los servicios de salud, favorece la aplicación de cuidados en forma óptima y de calidad, con conocimientos teórico prácticos que lo sustenten; de igual manera, se hace necesario ejercitar la investigación en el gremio de enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un método sistematizado teórico, práctico y metodológico cuya aplicación permite a las enfermeras proporcionar cuidados individualizados de calidad. Su aplicación, repercute de manera directa sobre el paciente, la familia y la comunidad así como sobre el desarrollo profesional de la enfermera. En el se define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad que aplican a los procesos y procedimientos de enfermería. Con la aplicación del proceso, el paciente es beneficiado ya que mediante su empleo se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y para el personal de enfermería se traduce en una satisfacción y crecimiento profesional.

El PAE tiene además varios puntos que debemos considerar: es sistemático por que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo, es dinámico, responde a un cambio continuo, es interactivo, basado en relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera el paciente la familia y comunidad y demás profesionales de la salud, es flexible, por que se puede adaptar a cualquier lugar o área especializada en el ejercicio de la enfermería y tiene una base teórica, y concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Por lo anterior, en la práctica moderna de enfermería se hace necesario aplicar día con día, los elementos teóricos y prácticos que permitan a la enfermera brindar una atención integral y de calidad a los pacientes. El PAE ofrece esta alternativa, ya que permite proporcionar servicios de salud organizados y de manera individualizada, con resultados integrales.

El presente trabajo describe un caso de una paciente postcesárea, la cual se eligió dada la frecuencia con que se aplica este procedimiento quirúrgico en las instituciones de atención para la salud; de igual manera se considero relevante la incidencia elevada de los procesos infecciosos como la Endometritis.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- **Elaborar un Proceso Atención Enfermería a una paciente femenina de 20 años de edad post operada de cesárea, cursando el puerperio complicado, con inadecuada eliminación de loquios.**

2.1.1. Objetivos del caso:

- **Colaborar con el equipo de salud para lograr la recuperación de la paciente.**
- **Orientar y educar a la paciente sobre temas de relevancia para ella, como planificación familiar cuidados en el puerperio y del recién nacido**

2.1.2. Objetivos de aprendizaje:

- **Aplicar las etapas de método científico en un proceso atención enfermería.**
- **Adquirir habilidad en la elaboración de diagnósticos de enfermería en base al formato PES.**
- **Proporcionar cuidados de enfermería en forma individualizada, con base a los diagnósticos realizados.**

3. MARCO TEORICO

3.1. GENERALIDADES

Los cuidados de enfermería son tan antiguos como el hombre mismo el presente y el pasado están íntimamente ligados, por ello conocer el origen y quehacer de nuestros antepasados nos permite tener un panorama de la actualidad.

Desde al principio de la humanidad las mujeres se han transmitido sus experiencias vividas en la atención del parto, con la finalidad de ayudarse unas a otras.

En México la Tlamatquicitl era la partera azteca que tenia estatus de sacerdotisa y mujer sabia, se preparaba en el Calpulli con los conocimientos y habilidades para el manejo de la herbolaria actividades educativas de la salud reproductiva y de consejería para el matrimonio, valoraba en la embarazada la posición indicaba los cuidados en el hogar, una vez que se acercaba la fecha del parto se iba a vivir a la casa de la embarazada, atendía el parto, y proporcionaba cuidados a la mujer y el recién nacido hasta el año de vida. (1)

Debido que los conocimientos se transmitían de generación en generación no existen códices de cómo era la atención de enfermería aunque si existen algunas pinturas donde hombres o mujeres se encuentran proporcionando atención a enfermos y embarazadas.

Para Marie Françoise Colliere "Cuidar, es el arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir". Punto de partida y punto final de la vida, el nacimiento y la muerte están en el origen de los cuidados por lo tanto hay que cuidar de la vida para que permanezca sea firme se desarrolle, disminuya y se acabe. (2)

De ahí surge la importancia de la formación de los que proporcionan los cuidados, que deben de tomar en cuenta a la meta paradigma ya que la enfermería actual es una organización y una construcción actualizada moderna de una actividad práctica secular que ha ejercido el hombre en momentos de situación de necesidad, mejorando la aptitud práctica de sus integrantes de modo que los servicios prestados a los pacientes tengan mejor eficiencia.

El Meta paradigma en enfermería es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de la enfermería, su función es resumir las misiones intelectuales de la disciplina y establecer una frontera en el objeto de estudio de esta disciplina.

El fenómeno de interés de la enfermería está representado por cuatro conceptos principales que son: persona, ambiente, salud y enfermería.

(1) González Vázquez Margarita. Antecedentes de la Perinatología. ENEO. UNAM, México, 1999

(2) Marie-Françoise Colliere. Encontrando el sentido original de los cuidados de Enfermería. Rev. Rol. 1999

- Persona se refiere al receptor de enfermería, incluye individuos, familia comunidades y otros grupos.
- Ambiente se refiere a otras personas significativas, y entornos físicos, así como el establecimiento donde la enfermería ocurre con rango desde la casa de las personas a los hospitales, o a la sociedad como un todo.
- Salud es el estado de bienestar de la persona que puede ir desde alto nivel de salud hasta la enfermedad terminal.
- Enfermería se refiere a la definición de enfermería, las acciones realizadas por enfermería sobre el bienestar o en conjunto de las personas, los objetivos o resultados de las acciones.

Estos cuatro conceptos establecen que a la disciplina de enfermería concierne los principios y leyes que gobiernan el proceso de la vida, de bienestar y funcionamiento óptimo de los seres humanos en la enfermedad y salud, destaca la interacción entre la persona y el ambiente establece que la disciplina tiene que ver con los patrones de conducta humana en interacción con el ambiente en la vida normal y eventos en situaciones críticas, en cuanto a salud y enfermería, declara que la disciplina se relaciona con las acciones de enfermería procesos por los que los cambios positivos de salud o estado actual son afectados, la relación que existe entre persona, ambiente, y salud tiene que ver con la totalidad de los seres humanos reconociendo que ellos están en interacciones continuas en su ambiente.

3.2. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar los 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 salud reales o potenciales.

Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas a largo plazo, esta caracterizado por su humanidad ya que se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses de las personas reciban la mayor consideración.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del paciente para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de mejor calidad y eficiencia posibles.

Basado en los principios de la buena solución de problemas el proceso de enfermería promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas únicos objetivos realistas e intervenciones individualizadas que pueden obtener resultados. Estimula la identificación y utilización de las capacidades y evita que estas pasen por alto los recursos.

La documentación de enfermería precisa y es la clave para determinar lo que ha sucedido a un paciente específico o grupo de pacientes sin ella la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar los estudios que hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían.

3.2.1. Beneficios del uso del proceso de enfermería

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia de las estancias hospitalarias.
- Crea un plan con un costo efectivo, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.

- Tiene requerimientos de documentación precisos y diseñados para mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias.
- Promueven la flexibilidad y pensamiento independiente
- Adapta las intervenciones al individuo.
- Ayuda a los pacientes y personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar sus puntos fuertes.
- Las enfermeras obtienen satisfacción de obtener resultados.(3)

3.2.2. Comparación del Método Científico con el Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería identifica las necesidades, mientras que el método científico plantea problemas.

El diagnóstico de enfermería se compara con la construcción de un modelo teórico.

El planteamiento de cuidados equivale a la deducción de consecuencia de particulares.

La implementación del plan se relaciona con prueba de las hipótesis y la evaluación con la inducción de las conclusiones de la teoría.

(3) Alfaro Rosa Linda. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería. Guía Practica 3ª. Ed. Madrid Mos by Doyma 1996. p. 139

3.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.3.1. Valoración

La obtención de los datos es el fundamento de los procesos de Atención de Enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente. De este modo se logra conocer la dirección para la implementación y para mejorar las condiciones del paciente. (4)

Es la primera etapa del proceso de enfermería en la cual se recolectan, analizan, y seleccionan los datos que serán necesarios para la segunda etapa.

Herramientas para la selección de datos:

Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de importancia de la enfermera y el diagnóstico de la misma, tiene tres etapas, interacción observación y medición. (5)

3.3.1.1. Interacción:

Se define como un intercambio continuo entre enfermera y paciente, en donde es importante llevar una relación armoniosa a fin de obtener la mayor información posible lo cual se logra a través de la entrevista.

La entrevista directa interrogativa se encarga de buscar información específica donde la enfermera participa activamente y el paciente en forma pasiva para la colaboración de la historia clínica se aplica este tipo de entrevista.

La entrevista indirecta es aquella en que se obtienen datos del paciente a través de otras personas, familiares, archivo, etc.

3.3.1.2. Observación:

Se define como la utilización detallada del sentido de la vista aunque intervienen los demás sentidos.

El sentido de la vista se emplea para obtener los siguientes datos: Características generales como apariencia y actividad física, color, forma, equilibrio, vestido, movimientos corporales, gestos, contacto visual y el entorno donde se encuentra el paciente.

(4), (5) Janet W. Grifit. Proceso Atención de Enfermería aplicación de las teorías Guías y modelos, Manual Moderno. México DF 1993. P 30 y 34.

3.3.1.3. Medición:

Es una manera de obtener datos exactos sobre cifras propias del paciente, incluyendo exámenes de laboratorio, peso, talla, signos vitales entre otros, la medición se utiliza para ratificar duración o exención, dimensiones, frecuencia, ritmo, y cantidad o tamaño, en ocasiones se requiere de instrumentos de apoyo.

La valoración física de la enfermera:

La valoración física se puede realizar conjuntamente con la entrevista de enfermería, se logra mediante un examen completo y sistemático del paciente, utilizando los siguientes métodos:

- Inspección: Existen dos tipos de inspección, la simple donde solo se utiliza el sentido de la vista para recabar la información, y la armada donde se requiere un aparato como auxiliar.
- Auscultación: Examen mediante el cual se utiliza el sentido del oído es necesario el uso de un instrumento como el estetoscopio.
- Palpación: Examen donde se utiliza el sentido del tacto.
- Percusión: Examen mediante el cual se realiza el golpeteo suave y el uso del oído.

Las habilidades para el uso de estos métodos se adquiere mediante la practica, la valoración se puede realizar cefalocaudal o por aparatos y sistemas.

Los datos obtenidos pueden ser objetivos y subjetivos, objetivos cuando la información es concreta y observable y los subjetivos que son los que el paciente refiere.

3.3.1.4. Historia clinica de enfermería

Es un instrumento elaborado por la enfermera que le ayudará de manera sistémica en la obtención de datos, pretendiendo utilizar un enfoque holístico, orientado a las respuestas humanas y no solo hacia la enfermedad.

El enfoque holístico permitirá obtener una información más completa sobre el funcionamiento del paciente como unidad biopsicosocial.

Por último la recolección incluye dos tipos de valoración de enfermería:

- a. Valoración de los datos básicos, la cual debe ser planeada previa elaboración de la historia de enfermería fin de no olvidar datos importantes sobre la salud del paciente.

Esta información llamada base de referencia nos refiere como esta el paciente antes de la intervención y cuales serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas.

- b. Valoración localizada, realizada exclusivamente sobre el estado de un problema real o potencial, es el principal método de valoración continúa.

3.3.2. Diagnóstico de Enfermería

R. Alfaro lo refiere como problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo al que la enfermera debe tratar independientemente. (6)

Para la NANDA el diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Un diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencias son capaces y están autorizadas para tratar. (8)

Durante esta etapa se deben ordenar todos los datos para la identificación de los problemas que serán la base para la planeación de los cuidados. Los Tipos de diagnósticos enfermeros y su formulación se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

Diagnóstico de salud

Es un diagnóstico real que se realiza cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero puede alcanzar un mayor nivel. (7)

Diagnóstico real

Describe la respuesta actual de la persona, familia o comunidad, una situación de salud, proceso vital, su identificación se apoya en la existencia de características definitorias que identifican su presencia en el momento de la valoración, para describirlo se recomienda:

Problema + factor relacionado o causa + datos objetivos y subjetivos.

- (6) R Alfaro. Aplicación de Proceso de Enfermería. Guía Práctica 3ª. Ed. Mosby Doyma p.58.
(7) Ma. Teresa Luis Rodrigo. Diagnósticos Enfermero su instrumento para la practica asistencial. Ed. Marcourt Brace. Madrid E. 1998. p. 8
(8) Ma. Teresa Luis Rodrigo. Diagnósticos Enfermero su instrumento para la practica asistencial. Ed. Marcourt Brace. Madrid E. 1998. p. 8

Este formato identifica el problema y su etiología y añade el concepto de validación, la inclusión de los signos y síntomas en el diagnóstico valida el por que se ha elegido este diagnóstico.

Para un diagnóstico de enfermería real se une el problema con su etiología usando, relacionado con, se añade manifestado por o evidenciado por se anotan los síntomas mayores que valida la existencia de un diagnóstico.

Para un diagnóstico posible o potencial se escribe en dos partes expresando el posible problema y añadiendo relacionado con par unirlo con los posibles factores contribuyentes.

Diagnóstico de riesgo

Es una respuesta de la persona, familia o comunidad que puede surgir como consecuencia del estado actual.

Como usar los diagnósticos correctamente:

Reunir e interpretar y agrupar los signos y síntomas, o sea datos subjetivos y objetivos, tomar en cuenta los diagnósticos médicos pero no utilizarlos, analizar detalladamente los signos y síntomas y buscar los diagnósticos correctos y formular el problema y su etiología y enumerar las características definitorias para el paciente en particular usando el formato PES, si es posible.

3.3.3. Planeación

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería se inicia la tercera etapa del proceso, en ella se determinará como brindar los cuidados de enfermería en forma individualizada y organizada contemplando lo siguiente:

Fijación de prioridades, establecimiento de objetivos del paciente con base en las prioridades, y por último determinación de las acciones de enfermería.

3.3.3.1. Establecer las prioridades

En caso de que el paciente este consciente, preguntarle en su opinión que es lo más importante para él, si los criterios son los mismos aplicarlo pero de lo contrario explicar cual es más importante y por que.

Una vez priorizados los problemas se recomienda hacer una lista y clasificarlos en dos:

Diagnósticos de enfermería y problemas independientes.

Para los diagnósticos de enfermería se desarrollará un plan de cuidados y para los problemas independientes el plan se determinara por las normas de la institución y las ordenes médicas.

3.3.3.2. Establecimiento de objetivos

Una vez determinadas las prioridades y elaborada la lista de los problemas, se establecen los objetivos que deben ser claros y reales, pueden ser a corto o largo plazo, los objetivos son un instrumento de medición del plan de cuidados, dirigen las intervenciones de enfermería y son factores de motivación.

3.3.3.3. Determinación de las intervenciones de enfermería.

Son intervenciones que la enfermera realiza para controlar el estado de salud, prevenir, resolver y controlar un problema, ayudar a realizar al paciente las actividades de la vida diaria, y promover la máxima salud e independencia.

Valoración:

Se planea para detectar o evaluar problemas concretos del paciente o para asegurarse que las intervenciones se realizan en forma segura y eficaz.

Educación sanitaria:

Se planea para aumentar los conocimientos de alguien sobre un problema específico, brindando asesoría hacer cambios o ajustes necesarios en su vida que le permitan cuidar y mejorar su salud, mediante técnicas de educación y comunicación terapéutica.

3.3.3.4. Anotación del plan de cuidados:

Se recomienda asegurarse que los problemas prioritarios están en el plan, estos requieren intervenciones de enfermería individualizadas no rutinarias también se recomienda ser breve y usar abreviaturas aceptadas por enfermería así como formular los objetivos y determinar la fecha límite para su logro.

La anotación tiene tres propósitos:

- Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados
- Dirigir los cuidados y las anotaciones
- Tener un registro escrito que posteriormente se pueda usar para la evaluación.

3.3.4. Ejecución

Una vez que se ha identificado los problemas y capacidades, se ha orientado un plan de acción orientado a logro de los objetivos es la hora de implementar el plan

La ejecución incluye las siguientes actividades:

- Valoración y revaloración
- Establecimiento de prioridades diario
- Realizar las intervenciones de enfermería
- Proporcionar un informe a la entrega de turno
- Evaluación continua y mantener el plan de cuidados actualizado.

Antes de realizar una intervención, se debe:

- Revisar el plan y cerciorarse de que se conocen las razones de la intervención.
- Definir si se esta preparada con conocimientos, habilidades y autoridad para realizar las intervenciones.
- Investigar si en la institución existen protocolos o estándares que establezcan como deberían llevarse acabo las intervenciones.
- Valorar nuevamente el estado del paciente y determinar si las intervenciones planeadas son las adecuadas.
- Plantearse lo que se va a realizar y pensar en lo que podrá suceder en caso de que las respuestas no sean las esperadas.
- Anticiparse a las posibles complicaciones o efectos secundarios y planear que hacer en caso necesario.
- Planear como evitar al máximo el estrés del paciente durante las intervenciones.
- Si es posible implicar al paciente y familia explicando a la familia lo que se va hacer y cuanto tiempo se necesita.
- Contar previamente con el equipo y material que será necesario para las intervenciones de enfermería.
- Proporcionar información necesaria para toma de decisiones sobre el plan ya escrito, dependiendo de una nueva valoración se puede cambiar las intervenciones según sea necesario.

El tiempo dedicado a realizar actividades de enfermería es buen momento para recopilar datos adicionales.

La realización de las actividades de enfermería incluye lo siguiente:

Realizar las actividades directamente para el paciente, ayudar al paciente a realizar actividades por sí mismo y supervisarlo, asesorar al paciente, o familia las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de recursos de salud adecuados así como la valoración del paciente para detectar potenciales complicaciones. (10)

3.3.5. Evaluación

En esta etapa se evaluará el logro de los objetivos examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.

Verificar si el objetivo se ha logrado de manera completa o parcialmente, en caso de lograrse de manera parcial preguntarse que ha afectado al paciente o que se requiere para el logro total.

Se deben identificar variables que afectan el logro de los objetivos, con las siguientes preguntas:

Si los objetivos fueron realistas y si las intervenciones de enfermería fueron las adecuadas.

Las notas de enfermería son la clave para determinar que fue lo que afecto el logro de los objetivos sobre todo si el paciente no puede comunicarse.

La evaluación final incluye un análisis completo de cada una de las etapas.

- Valoración: Realizar una valoración para identificar el estado de salud y asegurarse de que tiene todos los datos.
- Diagnóstico: Asegurarse de que la lista de diagnósticos es exacta y completa.
- Planificación: Comprobar si los objetivos y actividades fueron apropiados y hasta que punto se han logrado los objetivos.
- Ejecución: Determinar si el plan se realizó como se había prescrito e identificar los factores que dificultaron o facilitaron el progreso.

3.4. EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial y en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington. Tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer denominada *Textbook of the principles and practice of nursing* siendo publicada en 1939.

Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico, también afirma que era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendió que una emoción es en realidad una interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares. (Marriner, T.).

Los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos los seres humanos tienen necesidades comunes. Sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona.

Si bien todos los seres humanos tienen necesidades comunes, hay que considerar que estas necesidades se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales. (Morán, A.V).

Se observa una correlación entre la jerarquía de las necesidades de Maslow y los catorce componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes psicosociales. (11)

3.4.1. Conceptos básicos

Henderson inicialmente no pretendió realizar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era tal motivo de especulación.

Define la función propia de la enfermera de la siguiente manera:

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 su recuperación, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo aquello de manera que le ayude a recobrar su independencia de forma más rápida posible.

A partir de esta definición, se extraen los conceptos y subconceptos básicos del modelo Henderson:

(11) Marriner Toney Teorías y Modelos en Enfermería .3ª edición Ed. Mosby Doyma 1994. p102.

PERSONA: Independencia

SALUD: Dependencia, causas de dificultad del problema

ROL PROFESIONAL: Cuidados de enfermería y relación con el equipo de salud.

ENTORNO: Factores ambientales y socioculturales

La persona y las catorce necesidades básicas:

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. Así cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento:

3.4.2. Necesidades básicas

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir - vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien en cada persona, en

su unicidad tiene la habilidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

3.4.3. La salud independencia/dependencia y causas de dificultad

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

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual.

La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Las causas de la dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres probabilidades:

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

Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes.

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en su desarrollo de la función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Para Henderson este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descritas anteriormente, porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo de salud, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimientos a al momento de la muerte.

Con relación al paciente, Henderson afirma que todos los miembros del equipo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que su función consiste en asistirlo.

Si el paciente no acepta ni comprende el programa tratado con él y para él, ni coopera con su desarrollo se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario no visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en sus decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno.

Diversa autoras han criticado a Henderson no incluir el concepto entorno de manera específica dentro de su modelo, sin embargo si se analiza el contenido del modelo vemos que la autora menciona de forma explícita e implícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

3.4.4. Definición de los conceptos claves de este modelo.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, del individuo sano o enfermo, considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados tal como se deduce consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de las necesidades.

El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello que el no puede realizar por si mismo, para responder a sus necesidades.

3.4.5. Postulados sobre lo que se basa el modelo de Virginia Henderson.

Postulados:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia que desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades

fundamentales.

- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta completo, entero e independiente.

Valores.

- La enfermería tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del Médico, cede sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Necesidad fundamental.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas necesidades fisiológicas y que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

El modelo Henderson.

Como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

1. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determinan:

El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades.

Las causas de la dificultad en la satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia sobre la base de las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención, mas adecuado a la situación y en la determinación de las actividades de enfermería que implique el individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3. Finalmente en la etapa de evaluación el modelo Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados, a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima y en la satisfacción de sus necesidades lo más rápido posible.

Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia sino que nuestra actuación va a encaminar la ayuda para alcanzar dicha independencia por sí mismo, de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

3.5. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos del aparato reproductor femenino se dividen en dos: los primarios y los secundarios, dentro de los primarios se encuentran los ovarios, y dentro de los secundarios dos trompas de Falopio, un útero, la vagina, la vulva y las glándulas mamarias.

3.5.1. El Utero

Es un órgano piriforme que mide aproximadamente 7.5cm. de longitud, y 5cm. De ancho en su porción mayor y 3cm de grueso, se compone de el cuerpo y el cuello. Del cuerpo salen las trompas de Falopio y a esta porción se le llama fondo, esta compuesto por tres capas endometrio, miometrio, y peritoneo parietal. La cubierta de membrana mucosa se denomina endometrio compuesto por una capa de tejido compacto de epitelio cilíndrico simple parcialmente ciliado, otra capa esponjosa y una capa basal, el espesor del endometrio varía entre 0.5 mm después del flujo menstrual y 5mm al finalizar el ciclo endometrial; el miometrio tiene tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas direcciones

El miometrio alcanza el grosor máximo y mínimo en el cuello del útero ya que es el cuerpo el que necesita mayor fuerza para expulsar el feto durante el trabajo parto y el cuello más delgado para realizar la dilatación; El peritoneo parietal esta incompleto pues no cubre porción alguna del cuello del útero solo reviste parte del cuerpo.

El útero esta irrigado por las arterias uterinas, ramas de las iliacas internas.

En estado normal es útero presenta flexión ante el cuerpo y el cuello el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y esta orientado hacia delante y hacia arriba, el cuello uterino esta orientado hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión y se une a la vagina en un ángulo recto aproximadamente; los ligamentos que mantienen fijo el útero a la cavidad pélvica son los anchos y redondos las fibras de diversos músculos que forman el piso pélvico convergen para formar el cuerpo perineal que sostiene al útero.

FUNCIONES

El útero o matriz ayuda a lograr las tres funciones vitales de la supervivencia humana: menstruación, gestación, y parto.

- **Menstruación:** es el desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.
- **Gestación:** el embrión se implanta en el endometrio y en este sitio vive durante su fase fetal.

- El parto consiste en las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen la expulsión del feto.

3.5.2. Trompas uterinas

Unidas al útero en sus ángulos superiores externos se encuentran las tubas uterinas desembocan en los ángulos superoexternos del útero, están compuestas por los mismos tejidos que el útero, y esta dividida en tres porciones la primera tercio medio que se extiende desde el lado superoexterno del útero denominado istmo, aparte intermedia dilatada que se denomina ampolla y que sigue un camino tortuoso sobre el ovario, y el componente terminal se denomina infundíbulo y que se abre directamente en la cavidad peritoneal su borde exterior se parece a un fleco por su contorno irregular llamadas fimbrias.

FUNCIONES

Actúan manera de conductos para el óvulo aunque no estén conectadas con los ovarios, además se realiza la fecundación en el tercio medio de la trompa.

3.5.3. Ovarios

Denominadas gónadas femeninas en forma de almendras voluminosas está situados a un lado del útero, por debajo y detrás de las trompas de Falopio, pesa aproximadamente tres gramos, se fija por el ligamento útero ovárico, la superficie del ovario está cubierta por una capa de células epiteliales pequeñas que forman el epitelio germinal, en la profundidad de la capa superficial de las células epiteliales se encuentran embebidos miles de elementos microscópicos llamados folículos ováricos en la matriz del tejido conjuntivo, los folículos contienen las células reproductoras femeninas, óvulos que después de la pubertad se encuentran en diferentes etapas de desarrollo, los folículos están constituidos de por un oocito rodeado por células foliculares.

FUNCIONES

Los ovarios tienen dos funciones: la ovulación y la excreción, los óvulos se desarrollan dentro de los ovarios y son expulsados hacia la cavidad pélvica entre los pliegues del ligamento ancho, secretan también las hormonas estrógenos y progesterona.

3.5.4. Vagina

La vagina está situada entre el recto y por atrás de la uretra y la vejiga por delante tiene dirección hacia arriba y hacia atrás desde el orificio externo en el vestíbulo entre los labios mayores de la vulva, hasta el cuello uterino, es un túbulo susceptible de colapsarse y dilatarse, está formado principalmente por músculo liso y revestida por mucosa dispuesta en arrugas.

En la mujer virgen existe un pliegue de tejido llamado himen forma un limite en el orificio externo de la vagina.

FUNCIONES

La vagina es parte indispensable del aparato reproductor por ser el órgano que recibe el semen depositado por el varón, es la porción inferior del canal del parto, actúa como conducto de excreciones y el flujo menstrual.

3.5.5. Vulva

Los órganos que la integran son los siguientes: monte de venus, labios mayores, labios menores, clitoris, meato urinario, orificio vaginal y glándulas de Bartolini.

El monte de venus es tejido adiposo cubierto por piel pigmentada con pelo, sobre la sínfisis del pubis, los labios mayores presentan una superficie pigmentada con pelo y superficie interna lisa y lampiña consistente de grasa y abundantes glándulas, los labios menores están situado dentro de los labios mayores y cubiertos de piel modificada se acercan hacia adelante en la línea media la zona circunscrita por los labios menores en el vestíbulo.

El clitoris es un órgano de tejido eréctil situado inmediatamente por detrás de la unión de los labios menores, es homologo al pené en el hombre, el meato urinario es el pequeño orificio de la uretra situado entre el orificio vaginal y el clitoris, el orificio vaginal es una abertura que en la mujer virgen esta cubierta por el himen, y por último las glándulas de Bartolini son dos, del tamaño de una habichuela situadas a cada lado del orificio vaginal.

3.6. PUERPERIO

3.6.1. Concepto

Es la etapa del estado grávido, puerperal que se inicia al termino del alumbramiento y termina hasta que la involución uterina del organismo materno se ha completado, excepto las glándulas mamarias, y tiene una duración de seis semanas. (12)

3.6.2. Concepto puerperio patológico

Es la etapa posterior al alumbramiento en que se presentan complicaciones como consecuencia del embarazo o del parto y pueden ser de tipo infeccioso, hemorrágico o mecánico.

3.6.3. Clasificación

Para su estudio se ha clasificado según su evolución en:

- Puerperio Fisiológico
- Puerperio Patológico

Se clasifica también de acuerdo al tiempo de evolución en:

- Puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas después del alumbramiento.
- Puerperio mediano, se extiende hasta la primera semana después del alumbramiento de 7 a 10 días.
- Puerperio tardío, es el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y comprende de 6 a 8 semanas después del alumbramiento.

(12) Imelda Nava Báez, Lilia Camacho Fdez. Manual de Gineco Obstetricia. FES Iztacala. UNAM. 2000 p 157.

3.6.4. Cambios anatómico fisiológicos generales

3.6.4.1. Aparatos y sistemas

Los cambios generales están en relación con el peso corporal, en el tiempo que sigue al parto inmediato se pierde peso en forma muy rápida debido a que el útero se ha quedado vacío y por la pérdida de líquidos: Diarrea por el esfuerzo hemodinámico y uresis al final del tiempo que sigue al parto tardío la pérdida es aproximadamente de 8 a 10 kg. de peso total a la regresión de los órganos a su estado previo.

Los cambios en los signos vitales se manifiestan por la elevación de la temperatura el primer día puede haber aumentado desde 1 hasta 2.5 centígrados por la reabsorción de pirógenos durante el trabajo de parto. Si se prolonga la hipertermia por dos o más días deberá pensarse en un proceso infeccioso

El aumento en la frecuencia del pulso disminuye después del parto, por estímulo del plexo nervioso neumogástrico. Entre 60 y 70 pulsaciones están los rangos normales, pero la presencia de taquicardia es un indicador de anemia o infección. La respiración sufre alteraciones en el último trimestre por la compresión abdominal que provoca disnea mecánica. La presión arterial en el puerperio inmediato no sufre cambios.

Aparato circulatorio: el volumen sanguíneo disminuye del valor prenatal de 5-6 litros, al no gestacional de 4 litros, hacia la tercera semana el hematocrito desciende debido a la pérdida sanguínea durante el parto y aumenta entre 3 y 7 días después del parto vaginal.

Sistema tegumentario: Desaparecen paulatinamente las alteraciones cutáneas como los hematomas conjuntivales, petequias, hiperpigmentación, las estrías pasan de un color rosado a ser blanco azulado, también aumentan la actividad de las glándulas sudoríparas.

El aparato urinario en el puerperio inmediato incrementa la eliminación de orina de 1500 a 2000 ml en 24 horas, y el examen microscópico de la orina puede observar elevación de albúmina en los cinco primeros días. Existe el riesgo de una retención urinaria por hipotonía vesical secundaria a sobre distensión o inervación vesical neurogénica.

Sistema digestivo: las funciones gastrointestinales se normalizan, la elevación de la vesícula biliar en el duodeno se efectúa con mayor facilidad, el estómago e intestino ocupan su lugar normal y disminuye la excreción de la pepsina, la relajación e hiperdistensión de la musculatura y del tejido conectivo experimenta una regresión, los dolores de la región lumbar y abdominal y las extremidades inferiores se deben a las contracciones uterinas, se presenta constipación por falta de tonicidad de la pared abdominal favorecida por el vacío producido por el vientre al evacuarse el útero lo que origina una paresia fisiológica.

El sistema endocrino: las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona también disminuyen con rapidez después del parto, los estrógenos plasmáticos llegan a las concentraciones de la fase folicular de 19 -21 días después del parto en las mujeres que no amamantan y se retrasa más en las que si lo hacen, hasta 60 a 80 días post parto. La concentración de la hormona foliculo estimulante y luteinizante es muy baja en los primeros 10 a 12 días pos parto estén o no amamantando, aumenta en los días siguientes y alcanza la concentración de la fase folicular en la tercera semana, la presentación de la nueva menstruación puede variar de 25 días o más y es anovulatoria, aumentan también hormonas como la prolactina y la somatotropina.

Lacto génesis y lactopoyesis: Se debe distinguir la iniciación de la secreción láctea o la lactogenensis de mantenimiento de la secreción láctea o lactopoyesis.

Clinicamente la secreción láctea en su fase inicial se acompaña de fenómenos locales y generales, los senos se vuelven turgentes, dolorosos con aumento visible de la red venosa subcutánea, se palpan los contornos de los lóbulos mamarios a la presión hay Salida de secreción lechosa, malestar, sed, discreta taquicardia, y elevación térmica, ese estado dura de 24 a 48 horas después cesan los fenómenos congestivos para instalarse la secreción láctea al 3 - 4 día.

Dinámica de la lacto génesis durante el embarazo el organismo se prepara para la lactación, mediante el crecimiento mamario, del aparato alveolar por acción de la progesterona y estrógenos secretados por la placenta y por el almacenamiento en el lóbulo anterior de la hipófisis de prolactina y somatotropina, al desaparecer la placenta en el parto, se favorece la liberación de la prolactina almacenada en la hipófisis, por lo tanto podemos decir que las hormonas de la placenta actúan como un dique que impide la aparición de la lactación durante el embarazo y su brusca expulsión determina el desencadenamiento de la secreción láctea.

3.6.5. Cambios locales

El útero, ovario, cervix, vagina, aparato urinario y mamas.

El útero en el momento del alumbramiento pesa alrededor de 1000 gramos y regresa a su peso de 60 a 80 gramos a través del proceso de involución en forma rápida, al décimo o doceavo día esta al nivel del borde superior del pubis y en la sexta semana ha vuelto a su tamaño normal. (13)

El flujo uterino esta constituido por la sangre de los vasos del sitio placentario y desechos de la necrosis residual que reciben el nombre de loquios, que cambian de rojo rutilante, sero sanguinolento a blanco. Los efectos de la inhibición de los estrógenos y la progesterona sobre la hipófisis anterior se elimina cuando la placenta se expulsa y las secreciones de FSH y hormona luteinizante se elevan en forma gradual.

(13) Alfaro Camacho MA. Guadalupe. Participación de Enfermería en la evolución Clínica del Puerpero ENEO UNAM. México 1999.

El tiempo que transcurre para la función ovárica normal está determinado por la actividad ovárica y de la lactancia en la madre.

Decidua endometrio:

Después del alumbramiento la cavidad uterina queda recubierta por la decidua a excepción de la zona de inserción placentaria, al final del parto la decidua tiene de 2 a 5 cm. de espesor, su superficie es rugosa, presenta zonas superficiales de necrosis y restos de membranas adheridas.

En los cinco primeros días se degenera y descama la zona compacta quedando tan solo la esponjosa, por debajo de la cual se forma la barrera leucocitaria quedando así un tejido de granulación que regenera al endometrio esta fase comienza al quinto día, pero hasta el décimo no se observa proliferación endometrial, esta proliferación aparece hasta el día 25, donde todo el útero se encuentra tapizado por un endometrio que esta en condiciones de iniciar un nuevo ciclo, es decir de entrar en fase de proliferación endometrial, primero prolifera la capa basal que origina la funcional y por ende esta puede desarrollarse.

Al principio el lecho placentario se encuentra elevado y de aspecto áspero y friable en la segunda semana hay reducción de la superficie de 3 a 4 cm y aparecen muñones de vellosidades de vasos útero- placentarios trombosados y desgarrados, en la zona de la herida placentaria se retrasa más la cicatrización ya que esta queda como una superficie cruenta, de unos 8cm. de diámetro en cuya superficie se encuentran abundantes boquillas vasculares trombosadas y coágulos sanguíneos, la cicatrización se verifica por crecimiento de los bordes hacia el centro, igual que la epidermización de una herida cutánea, es lenta hacia los 15 días mide 35mm de diámetro ay solo a los 25 se confunde con el resto de la cavidad uterina, la sustitución del coágulo que la recubría por el endometrio parece hacerse por descamación de aquel, con lo que no quedará cicatriz alguna.

Cervix, en el puerperio inmediato se encuentra sin consistencia y colgante de los fondos de saco vaginales alrededor del octavo día se encuentra recuperada con su disposición anatómica fisiológica

Entuertos: se llama así a los espasmos dolorosos del útero que ocurre durante 2 o 3 días del puerperio y son contracciones menos molestas que el trabajo de parto ya que no hay dilatación cervical ni distensión del piso pélvico, estos dolores se acentúan durante la lactancia como resultado e la liberación de oxitócica por la hipófisis posterior en las primeras 12 horas pos parto.

Loquios: reciben este nombre los exudados del aparato genital durante el puerperio, duran aproximadamente dos semanas, en el primero y segundo día tiene aspecto de sangre roja por lo que se les denomina hemáticos, al microscopio están constituidos por hematíes en gran número, leucocitos, células epiteliales, vérmix caseoso, lanugo, restos de membranas ovulares y decidua, durante el tercer o cuarto día los loquios van perdiendo su color rojo vivo al principio son serosidades rojas claras luego se tornan rosadas, denominándose loquios ceromáticos, el cuarto o quinto día los

loquios se hacen blanquecinos llamándose serosos o blancos, hacia el noveno día dejan paso a una secreción transparente que poco a poco va desapareciendo.

Los loquios se originan de diferentes lugares en primer lugar de sangre extravasada de la superficie cruenta del útero, después de los leucocitos que se exudan de la herida placentaria y del exudado de albúmina que secreta en este caso la gran superficie de la herida, los loquios hasta el tercer o cuarto día no suelen contener gérmenes pero a partir de esta fecha se encuentran en ellos gran cantidad de gérmenes saprofitos como el bacilo de Duoderlein, no es raro observar en puerperio normal gérmenes patógenos tales como el estreptococo beta hemolítico, estreptococos anaerobios, estafilococos y gonococos, aunque los loquios proporcionan un buen medio de cultivo para el crecimiento de microorganismos, las propiedades del tejido de granulación del útero aseguran una cavidad uterina virtualmente estéril si se dispone de drenaje adecuado, los primeros 5 días se calcula una pérdida de 800 a 1000 ml en total durante el puerperio se calcula 1500 ml aproximadamente.

Ovarios, al principio persiste la anovulación después entre los días 40 y 80 reinicia la ovulación siempre y cuando no haya lactancia. El tiempo que transcurre para la función ovárica normal esta determinado por la actividad ovárica y de la lactancia en la madre.

La vagina no recupera su forma pregrávida, en algunas mujeres puede haber relajación aun cuando se haya realizado operación cesárea. El epitelio vaginal es delgado y liso hasta que la función ovárica reinicia y aparece la producción de los estrógenos.

En la gestación los tejidos glandulares y ductales de las mamas son estimulados por altas concentraciones de lactogeno placentario humano, prolactina, cortisol e insulina y se sostienen después del parto solo si la madre amamanta en forma continua, esto por el estímulo de la succión. En el puerperio inmediato aparece la secreción del calostro, un líquido amarillo alcalino con mayor cantidad de proteínas que grasa y carbohidratos que la leche. También es más elevada la concentración de globulina que de albúmina.

3.7. CESAREA

Julio César nació de esta manera. Es posible que el nombre derive de la ley romana que establecía que se debía sacar aquel niño cuya madre muriera durante el nacimiento del mismo. Habitualmente era considerada como último recurso y se practicaba solo en las mujeres que iban a morir, después de que las pacientes habían estado en trabajo de parto durante varios días, después de muchas horas de haberse roto las membranas y después de haberse practicado muchos exámenes vaginales la partera habiendo agotado todos los recursos, llamaba al brujo cirujano de aquellos tiempos. (14)

Si esta tenía el valor hacia una cesárea de la cual resultaba la muerte del 100% de las pacientes cuando la practica médica adopto la practica de la cirugia, mejoró la técnica operatoria En los siglos VXII y XVIII se hicieron varios intentos, para lograr una cesárea pero gran parte de ellos fueron mortales con hemorragia o sepsis. (15)

La cesárea es una operación abdominal realizada para extraer un bebé cuando el parto vaginal no es posible o es peligroso, a través de una incisión quirúrgica.

El médico realiza un corte en el abdomen y la matriz (útero) de la madre para extraer al bebé. El útero es el órgano muscular encima de la vagina. Los bebés crecen en el útero y la sangre menstrual viene del útero.

La cesárea es la extracción del feto y la placenta después de la semana 28 de gestación, a través de una incisión en la pared uterina, se emplean cinco tipos reconocidos de cesárea abdominal, cesárea clásica, cesárea cervical, con exclusión peritoneal, cesárea extra peritoneal y cesárea pro seguida de hysterectomía.

La cesárea realizada bajo indicaciones precisas ayudará en muchas ocasiones a conservar la salud y la vida de la madre y del producto, sin embargo ninguna intervención quirúrgica esta libre de riesgos y la cesárea no debe hacerse sin razón justificada.

3.7.1. Frecuencia

La cesárea se ha vuelto importante de la preocupación por su impacto tanto en la morbilidad materna como en el costo de la atención médica. En 1980 aumento tres veces los nacimientos por cesárea de 5.5% en 1970 a 15.2% en 1978 en Estados Unidos y Canadá en los países de Europa se noto también el incremento del uso de la cesárea pero en tasas más baja. De las cesáreas practicadas en Estados Unidos el 12% correspondió a cesárea por presentación pélvica. (16)

(14) Stanley, G. Glayton, R. Newton. Maniobras Obstétricas. Manual Moderno. 1991. p 148

(15) Alfredo Beck. MD Practica de Obstetricia. 9ª. Reimpresión. Prensa Medica Mexicana. 1984. P. 734.

(16) Pernoll, Martin L. y Benson, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. 5ª. Ed. México. Manual Moderno 1990, p. 453.

3.7.2. Indicaciones

Sus indicaciones son relativas y rara vez absolutas, casi siempre los factores se combinan. El riesgo materno de la cesárea es Diez veces mayor que el parto vaginal, pero se decide utilizarla en varias indicaciones ya sean maternas o fetales, la cirugía es fácil de realizar tomar la decisión de realizarla requiere de experiencia.

Indicaciones maternas y fetales.

1. Anormalidades del conducto.
2. Anormalidades del feto.
3. Anormalidades de las fuerzas.

Anormalidades del conducto.

Las causas de estas anomalías incluyen anomalías óseas, obstrucción del conducto del parto, por tejidos blandos o colocación anormal de la placenta, la causa pélvica particularmente la que se debe a arquitectura ósea pequeña, que es la más común de las anomalías del conducto. La etiología y el diagnóstico de las anomalías pélvicas comienza con la forma, clasificación y valoración clínica de la pelvis adulta.

Anormalidades del feto.

Causada por mal posición o mal presentación, tamaño excesivo del feto o malformación.

Mal posición y mal presentación.

Las mal presentaciones fetales son esencialmente anomalías de posición, presentación, actitud o situación del feto y constituyen en conjunto la causa más común de indicación para cesárea, la cual se presenta en el 5% de los trabajos de parto incluyendo posiciones occipital posterior y occipital transversa persistentes, las presentaciones de cara frente sincipusio, la presentación pélvica y compuesta, y las situaciones transversa y oblicua.

Anormalidades de las fuerzas

La disfunción uterina junto con los esfuerzos de expulsión voluntarios inadecuados durante la segunda etapa del trabajo de parto no obstante la estimulación.

Otras causas materno fetales

- Periodo inter genésico corto
- Placenta previa que cubre el 30% o más del cervix.
- Desprendimiento prematuro de placenta con hemorragia
- Ruptura uterina
- Pre eclampsia- Eclampsia

- Sufrimiento fetal, por hipoxia, brevedad del cordón, compresión del cordón
- Fetos pequeños de 1500kg. a 2500kg. o más grandes más de 3800kg.
- Diabetes Mellitus materna
- Isoinmunización materna
- Prolapso del cordón
- Particular interés social en el producto, productos valiosos.
- Infecciones del canal vaginal, como herpes etc.

3.7.3. Preparación

Por lo regular esta cirugía es una operación de urgencia durante el trabajo de parto pero las cesáreas electivas se realizan mejor una semana antes del término. No son necesarios los enemas, el sondeo vesical se realiza previo a la cirugía en la sala del quirófano, se le toman muestras de laboratorio BH, QS, Tiempos de coagulación y se le proporcionan cuidados de enfermería pro operatorios específicos.

3.7.4. Cesárea segmentaria

La incisión en el segmento inferior constituye la mejor técnica para las indicaciones de cesárea, el peritoneo visceral del útero se corta en el sitio donde se refleja en la vejiga y se forman dos colgajos peritoneales uno superior y otro inferior. La vejiga se separa de sus adherencias laxas con la pared uterina anterior y se rechaza hacia abajo, entonces queda expuesto ampliamente el delgado segmento uterino inferior y pueden practicarse una incisión vertical o transversal varios centímetros abajo del corte en el peritoneo, después de la extracción del feto se sutura la pared uterina en capas y se unen los colgajos peritoneales, así queda la herida uterina cerrada y cubierta por la vejiga. Esta operación es de elección en un 80% de los casos en las instituciones modernas.

3.8. GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO

3.8.1. Endometritis

La infección intra uterina se ha denominado endometritis, y se ha definido como la infección que afecta a la decidua, el parametrio y los tejidos parametriales.

Las infecciones se encuentran entre las complicaciones puerperales más frecuentes. Se produce morbilidad puerperal por infección cuando la temperatura de la paciente es superior a 38 °C en dos ocasiones separadas en un intervalo de 24 horas de diferencia, después de las 24 hrs. posteriores al parto. (17)

Existen factores predisponentes como la ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, número excesivo de tactos vaginales, trabajo de parto prolongado, toxemia, catéteres para presión intra uterina, vigilancia con electrodos en el cuero cabelludo fetal, vaginitis, o cervicitis pre existentes, nacimientos por cesárea, anemia durante el parto y pos parto, desnutrición, obesidad, estado socioeconómico bajo, y coito realizado cerca del término.

Al rededor del 2 a 3% de las mujeres con parto vaginal desarrollan endometritis. La cesárea y el nivel socioeconómico bajo se relacionan más consistentemente con infección puerperal, algunas serien mencionan el 40 a 80% después de la cesárea, suele ser más grave después del la cesárea que del parto vaginal.

3.8.1.1. Datos del laboratorio.

Leucocitosis, por arriba de 20 000 ul, examen de orina para identificar infección de vías urinarias, cultivos de loquios, el material se debe obtener con el uso de un espejo vaginal para permitir la visualización del cuello uterino y un dispositivo enguntado para el cultivo, la aspiración transabdominal asegura una muestra no contaminada, pero el uso de la técnica no está justificado, a menos que se recurra a medios para prevenir la contaminación cervical y asegurar el aislamiento de las especies anaerobias, los resultados de los cultivos deben interpretarse con mucho cuidado.

Cultivo de loquios

Casi siempre se pueden aislar bacterias que colonizan el conducto cervical y parte exterior del cuello uterino, pero es posible que no sean los mismos microorganismos que causan la endometritis, solo se pueden obtener cultivos apropiados de muestras obtenidas transcervicalmente que estén libres de contaminación vaginal.

(17) Pernoll, Martin L. y Benson, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. 5ª. Ed. México. Manual Moderno 1990, p 545,551

Datos bacteriológicos: Aunque los microorganismos causantes de infecciones puerperales varían, la mayor parte se deben a estreptococos anaerobios, coliformes Gram negativos, especies de *Bacteriodes*, y *Streptococcus anaerobios*, aunque también puede ser producida por *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma sp.*

Bacterias aerobias: Estreptococos del grupo A, B y D, *Enterococcus*, bacterias Gram negativas como *E. coli*, *klebsiella sp.*, *Proteus sp.*, y *Staphylococcus aureus*.

Anaerobias: *Peptococcus sp.*, *Peptostreptococcus sp.*, *Bacteroides bivius* y *Fusobacterium sp.*

Los hemocultivos para anaerobios y aerobios realizados de forma apropiada antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano son útiles para identificar algunos de estos patógenos.

3.8.1.2. Patogenia

La infección uterina puerperal afecta principalmente el ligar de implantación placentaria y el endometrio, el aspecto de la desidia infectada varía en gran medida en algunos casos la mucosa necrótica se esfacela, los defectos son abundantes y la secreción es fétida profusa, sanguinolenta y a veces espumosa.

En otros casos la secreción puede ser escasa, la involución uterina quizá esté retrasada. Los cortes microscópicos pueden mostrar una capa superficial de material necrótico que contiene bacterias y una zona gruesa de infiltración leucositaria.

PATOGENIA

Contaminación bacteriana

Flora vaginal indígena

Inoculación y colonización del segmento uterino inferior, incisiones y desgarros

Exploraciones vaginales
Monitorización electrónica interna
Trabajo de parto prolongado
Incisión uterina

Condiciones favorables para bacterias anaerobias

Traumatismo
Cuerpos extraños
Tejido desvitalizado
Acumulación de sangre y suero

Proliferación polimicrobiana con invasión, da como resultado METRITIS

3.8.1.3. Signos y síntomas.

La fiebre y un útero blando hipersensible son los signos más notables de la endometritis, los loquios pueden tener mal olor o no, leucocitosis. En casos más graves se observa fiebre elevada, malestar general, hipersensibilidad abdominal, íleo, hipotensión y sepsis generalizada, al movimiento del útero aumenta el dolor.

Fiebre: Aunque el puerperio es un periodo de alta actividad metabólica, este factor no eleva la temperatura por arriba de 37.2 °C y además solo las primeras 24 horas pos parto. Pueden presentarse elevaciones leves de la temperatura con deshidratación, cualquier mujer con más de 38 °C debe someterse a estudio.

La endometritis produce temperaturas que varían de los de los 38 a 40 °C, dependiendo de la paciente, el microorganismo causante y el grado de infección, la endometritis se desarrolla en el segundo o tercer día pos parto.

Hipersensibilidad uterina: El útero es blando y sumamente sensible, los movimientos del cuello y del útero pueden aumentar el dolor.

La hipersensibilidad es generalmente en la parte inferior del abdomen y no se extiende lateralmente, los ruidos intestinales pueden estar disminuidos y el abdomen distendido y timpánico.

3.8.1.4. Tratamiento

El tratamiento se realiza mediante uno a varios antimicrobianos de amplio espectro. Para los casos leves después de un parto vaginal, puede ser suficiente un fármaco por vía oral, sin embargo las mujeres con infección de grado moderado o intenso, entre las que se incluyen en su mayoría las que dieron a luz por cesárea, esta indicada la terapéutica por vía parenteral.

La mejoría clínica suele presentarse en un lapso de tiempo de 48 a 72 horas en cerca del 90% de las mujeres tratadas con uno de los regímenes que se exponen más adelante.

La persistencia de fiebre después de este periodo exige descartar otras causas de infección pélvica refractaria, aunque en ocasiones su origen no es pélvico.

Las complicaciones de la metritis que cursan con fiebre persistente a pesar de la terapéutica asociada incluyen flemones parametrales, abscesos de pared o pélvicos y tromboflebitis pélvicos sépticos.

El tratamiento se dirige al menos contra la mayor parte de la flora polimicrobiana y mixta, la selección de uno a varios fármacos suelen ser eficaces contra los microorganismos más frecuentes.

La penicilina más un aminoglucósido, o la ampicilina más un aminoglucósido, es un régimen estándar de primera línea, la terapéutica de agente simple con

cefalosporinas de segunda o tercera generación es una alternativa aceptable.

En casos de pacientes cuya infección se conoce, o que están en riesgo extremadamente alto de infección en el momento del parto, es prudente la terapéutica inicial con regímenes de dos o tres medicamentos, de los cuales uno es la clindamicina, la venoclis de agente simple, con un agente de amplio espectro, como la piperacilina o la cefoxitina puede ser también eficaz.

4. METODOLOGIA

En la aplicación del proceso atención enfermería se tomo el modelo de Virginia Henderson, para la detección de necesidades y en la elaboración de los diagnósticos se utilizaron los del formato PES.

4.1. PRIMERA ETAPA: Valoración.

a. Se realizo la recolección de datos a través de: La historia clínica de enfermería, tomando el formato de Virginia Henderson.

b. La exploración física se realizo de manera cefalocaudal con la utilización de los métodos siguientes:

Inspección: Examen que se realiza por medio de la observación.

Examinación: Se examino la coloración de tegumentos, estado general de la paciente, características de los pezones y glándula mamaria, características de los loquios, presencia de reflejos y las características de la herida.

Auscultación: Se examinaron ruidos intestinales, pulmonares y cardiacos.

Palpación: Involución uterina, tacto vaginal para valorar características del cervix.

c. Expediente clínico

Se tomo información que nos indique: Datos de laboratorio y domicilio del paciente.

4.2. SEGUNDA ETAPA: Diagnóstico de enfermería.

Con base a los datos obtenidos se hizo la detección de necesidades, se jerarquizaron y se elaboraron los diagnósticos de enfermería con el formato PES. Se utilizó el siguiente formato:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

4.3. TERCERA ETAPA: Planeación.

Ya identificados los diagnósticos se planearon los objetivos utilizando el siguiente formato:

PLANEACION

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO

4.4. CUARTA ETAPA: Ejecución.

En base a los objetivos planeados se realizaron las acciones de enfermería con el siguiente formato:

EJECUCIÓN

Necesidad:
Dx. de Enfermería:
Objetivo:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

4.5. QUINTA ETAPA: Evaluación

Se hizo una evaluación de acuerdo a los resultados obtenidos, se utilizó el siguiente formato.

EVALUACION

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE

5. VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Fecha: 25 Abril de 2001 Servicio: Hospitalización pos cesárea
Paciente: V Rocío Edad: 20 años Edo. civil: Casada
Religión: Católica Escolaridad: 3ero. Primaria

Se trata de paciente femenino cursando el tercer día de pos operada de cesárea y hospitalización se encuentra tranquila, con palidez de tegumentos, mucosas orales resacas, a la exploración física se encuentra: Cabeza y cráneo normo céfalo, cabello bien implantado, ojos simétricos dentadura completa campos pulmonares con buena ventilación, mamas turgentes, con lactogénesis y lactópoiesis pezón apto para la lactancia.

Venoclisis en miembro superior derecho, abdomen flácido con estrias, herida quirúrgica media, limpia sin salida de secreción, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, no ha evacuado, uretis normal.

Presenta salida de loquios hemáticos fétidos en regular cantidad

SIGNOS VITALES

T/A 120/80
FC 80
TEMP 38.3
FR 18

ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS

Menarca 12a
Ritmo 30x4
IVSA 19años
Gesta III Para 0 Abortos II Cesárea I

INDICACIONES MEDICAS

Dieta líquidos claros
CGE SVxT
Baño y deambulación
Cuidados de herida quirúrgica
Medicamentos:
PSC 5 000 000 UI IV C/4 horas
Amikacina 5000mg I V C/12 Horas
Acetaminofen VO 1x4
Psillium plantago ½ cucharada diluida en un vaso de agua.

2. NUTRICION

Subjetivo:

No. de comidas diarias 3 ¿Come a horas regulares? Sí X No _____

Si la respuesta es SI precise: _____ ¿Sigue Ud. Una dieta especial? Sí _____ ¿De qué tipo? _____

¿Sufre Ud. Alguna alergia alimentaria o intolerancia? _____ No _____

¿Tiene algún trastorno alimentario? _____ No _____

¿Tiene problemas de masticación y deglución? _____ No _____

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua 1 litro Café _____ Refresco _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza _____ Vino _____ Alcohol _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Sabe qué tipo de alimentación debe llevar para favorecer la lactancia? _____ No _____

¿Qué cantidad de líquidos? _____ No _____

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				
Tortillas	X				
Chatarra			X		

Objetivo.

Turgencia de la piel Si

Membranas mucosas: hidratadas _____ Secas X

Características de: Uñas _____ Normales _____ Cabello _____ Reseco _____

Funcionamiento muscular y esquelético _____ Adecuado _____

Aspecto de: Dientes _____ Caries dental en tres piezas _____ Encías: _____

Heridas: Tipo: Media Localización: Abdomen Tiempo de cicatrización 2 días

Características de la piel: Palidez Transpiración Abundante
Condiciones del entorno físico: Malas condiciones higiénicas

5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana Adecuada

¿Que deporte o actividad física practica? Correr Aerobics bicicleta ninguna X

Actividades en su tiempo libre: Paseos por el parque

Da algún paseo fuera de su casa: Sí X No

¿Practicaba ejercicios prenatales? No

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

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto? Sí X No

¿Conoce las posiciones que debe adquirir para amamantar a su hijo? Sí No X

Objetivo:

Estado del sistema esquelético/ fuerza Debilitado

Posturas Decúbito dorsal Ayuda para la deambulación Sí

Dolor con el movimiento de la herida

Estado emocional Inquietud por que el bebé ya salió de alta

6. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? Sí No X

horario de descanso horario de sueño 22 a 7 horas de sueño 9

¿Padece insomnio? No

¿A que se considera que se deba?

¿Siente cansancio al levantarse? Sí No X

¿En que forma se manifiesta?

Momento preferido para el baño: por la mañana _____ por la noche X

Frecuencia de aseo dental: 1 vez al día _____ 2 veces X 3 veces _____ esp. _____

Prótesis dentales: Sí _____ No _____ completas _____ parciales _____

Fecha de la última visita al dentista _____ No lo recuerda _____

Aseo de manos: antes y después de comer Sí después de eliminar _____

¿Sabe como asear sus pezones para amamantar a su hijo? Sí _____ No X

¿cómo? _____

Frecuencia _____

¿Ha pensado como cuidarse la piel de su abdomen después del parto? _____ No _____

¿Sabe cómo asearse y protegerse la herida de su cesárea? _____ No _____

Objetivo:

Aspecto general: _____ Desagradable _____

Olor corporal _____ Desagradable _____ Halitosis _____ Sí _____

Estado del cuero cabelludo Descuidado y Sucio

Lesiones dérmicas _____ No _____

Cambios tegumentarios propios del embarazo Hiperpigmentación de pezones y línea morena de abdomen

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivos:

Miembros que componen su familia de pertenencia:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Ariel	Esposo	20 años	Primaria	Obrero

¿Es usted alérgica a algún medicamento? Sí _____ No X

¿A otra sustancia? _____

¿Tomó usted algún medicamento que no haya prescrito el Médico durante su embarazo?
No _____

¿Llevó control prenatal? Sí X No _____ ¿ Cuántas consultas? 5

¿Sabe cuando debe acudir a consulta después del parto? Sí _____ No No

¿Sabe porque es importante que la revisen? Sí _____ No X

¿Que sensación o sentimientos tiene ahora que ya tiene a su hijo?

Felicidad X tristeza X preocupación _____ depresión _____

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? Sí X No _____

¿Y en su pareja? _____ También _____

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Se estresa _____ le da sueño _____ come mucho _____ llora X ríe sin control _____

Busca una solución inmediata: _____ Algunas veces _____

Objetivo:

Deformidades congénitas _____ No _____

Condiciones del ambiente en el hogar _____ Adecuada _____

Condiciones del ambiente en su trabajo _____ Adecuada _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil Casado años de relación 2 años vive con su esposo

Preocupaciones actuales _____ Su hijo salió de alta y ella quiere irse con él

Rol en la estructura familiar _____ Mamá y esposa

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? _____ 2 años

Existen buenas relaciones en la vecindad _____ Sí

¿Hay hermanos y hermanas del niño que acaba de nacer? _____ No

¿Tiene amigas o familiares en quienes confíe? _____ Sí

¿Comunica a alguien sus temores respecto a la forma de cuidar a su hijo? _____ No

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____ Mucho

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo _____ No

7. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros	Infección del lecho placentario manifestado por loquios fétidos.
Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales, mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.	Hipertermia causada por la liberación de toxinas en el torrente circulatorio, manifestado por temperatura de 38.3 °C.
Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos	Dolor relacionado con evento quirúrgico, manifestado por malestar de la herida Inadecuada higiene relacionada a inmovilidad y eliminación de loquios fétidos.
Comer y beber en forma adecuada	Déficit de volumen de líquidos relacionado al periodo de ayuno, manifestado por resequedad de mucosas. Déficit de aporte de nutrientes relacionado a evento quirúrgico, manifestado por hambre.
Eliminar los residuos corporales	Inadecuada eliminación intestinal relacionada a evento quirúrgico manifestado por hipo motilidad intestinal.
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles	Lactancia materna ineficaz relacionada a falta de conocimientos, manifestada por dudas. Desconocimiento de cambios durante el puerperio relacionado a falta de control prenatal. Riesgo de inadecuado control natal post evento obstétrico.
Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.	Inquietud y angustia relacionada a la separación del binomio madre e hijo.

8. PLANEACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO
Infección del lecho placentario manifestado por loquios fétidos.	Favorecer la eliminación de loquios y limitar el proceso infeccioso
Hipertermia causada por la liberación de toxinas en el torrente circulatorio, manifestado por temperatura de 38.3 °C.	Mantener la temperatura corporal en cifras normales.
Dolor relacionado con evento quirúrgico, manifestado por malestar de la herida.	Disminuir el dolor en herida quirúrgica, mediante acciones interdependientes y mantener limpio el cuerpo.
Inadecuada higiene relacionada a inmovilidad y eliminación de loquios fétidos.	
Déficit de volumen de líquidos relacionado al periodo de ayuno, manifestado por resequead de mucosas	Hidratar a la paciente y reponer el volumen hidrico, asi como proporcionar una adecuada cantidad de nutrientes.
Déficit de aporte de nutrientes relacionado a evento quirúrgico, manifestado por hambre.	
Inadecuada eliminación intestinal relacionada a evento quirúrgico manifestado por hipo motilidad intestinal.	Estimular el peristaltismo intestinal a través de acciones interdependientes y facilitar la evacuación
Lactancia materna ineficaz relacionada a falta de conocimientos, manifestada por dudas.	Proporcionar información específica de cada tema, que le permita desenvolverse en su nuevo rol con tranquilidad y confianza
Desconocimiento de cambios durante el puerperio relacionado a falta orientación.	
Riesgo de inadecuado control natal post evento obstétrico.	
Alteración emocional relacionada a la separación del binomio madre e hijo, manifestada por angustia.	Disminuir la angustia a través de una conversación donde ella se sienta escuchada.

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.

Dx. de Enfermería: Infección del lecho placentario manifestado por loquios fétidos.

Objetivo: Favorecer la eliminación de loquios y limitar el proceso infeccioso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Favorecer la eliminación de loquios a través de la deambulación y Vigilar las características y cantidad del sangrado.</p> <p>Cambio de toalla sanitaria por razón necesaria.</p>	<p>Los loquios contienen sangre de la superficie placentaria, partículas de la decidua y moco (1), los cuales se hinchan, se necrosan y están cubiertos de una secreción purulenta de mal olor. (2)</p> <p>La deambulación facilita la salida de loquios por gravedad.</p> <p>Esta acción evita la humedad y por lo tanto la proliferación de bacterias.</p>	<p>Después de la deambulación se detecto que el olor fétido se presenta por el estancamiento de los loquios, los cuales drenaron en abundante cantidad.</p>
<p>Ministrar PSC 5 000 000 UI IV C/4H</p>	<p>Los betalactamicos inhiben la síntesis de la pared celular de la bacteria, son inocuos y de fácil administración. (3)</p>	<p>El proceso infeccioso se limito y la paciente evoluciono hacia la mejoría.</p>
<p>Mistrar Amikacina 500 mg IV C/12 H.</p>	<p>Es un aminoglucósido que se une directamente a la subunidad 30s ribosomal e inhibe la síntesis proteica de las bacterias. (4)</p>	

(1) Beck MD Alfredo. Practicas de Obstetricia. Prensa Médica Mexicana 9a. Reimpresión 1984 p.654.

(2) Bethea, D.C. Enfermería Materno Infantil. 4ta. Edición. Ed. Interamericana 1986 p 241

(3) (4) Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 45 Edición, Ediciones PLM. 1999 p 307,1372

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales, mediante la selección de la ropa y modificación de la ropa.

Dx. de Enfermería: Hipertermia causada por liberación de toxinas en el torrente circulatorio, manifestado por temperatura de 38.3 °C.

Objetivo: Mantener la temperatura corporal en cifras normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Control de la temperatura por medios físicos.</p> <p>Baño con agua tibia.</p> <p>Aplicación de compresas frío húmedas.</p>	<p>El centro termorregulador se puede afectar por destrucción tisular y la respuesta inflamatoria con liberación de sustancias pirógenas dentro de la sangre. (5)</p>	<p>La temperatura disminuyo a 36.8 °C</p>

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.

Dx. de Enfermería: Dolor relacionado con evento quirúrgico y manifestado por malestar de la herida.

Objetivo: Disminuir el dolor en herida quirúrgica mediante acciones interdependientes y mantener limpio el cuerpo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ministrar acetaminofen 1 x 4 VO	Los receptores al dolor son terminaciones nerviosas libres distribuidas en las diferentes capas piel, músculos y tejidos internos que se ven traumatizados durante un procedimiento quirúrgico (5) para lo cual se requiere la administración de este medicamento es un inhibidor eficaz de la síntesis de las prostaglandinas en el SNC con acción analgésica (6)	El dolor disminuyo en forma considerable y le permitió a la paciente realizar movilización y baño tranquilamente.
Baño de regadera asistido	El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico contra las bacterias y ácidos grasos de la piel.	La paciente quedo limpia y cómoda después del baño.
Cambio de ropa de cama y de la paciente		
Colocar vendaje abdominal	La compresión y fijación de los tejidos afectados impide el movimiento excesivo y contribuye a disminuir el dolor.	El vendaje contribuyo a la disminución del dolor y la movilización.

(5) Nordmark, RN . Bases científicas de la Enfermería Manual Moderno .Segunda Ed 1999 Pag. 417

(6) Leticia Cuevas Guajardo Relación y control Vol. II. UNAM. 2000. PP 63.

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Eliminar los residuos corporales.

Dx. de Enfermería: Inadecuada eliminación intestinal relacionada a evento quirúrgico y manifestada por hipomotilidad intestinal.

Objetivo: Estimular el peristaltismo intestinal a través de acciones interdependientes y facilitar la evacuación

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Promover la deambulación	Para que el organismo funcione es necesario que se eliminen los residuos alimenticios que se encuentran en el conducto gastrointestinal (9), el cual puede estar trabajando con lentitud por los efectos de la anestesia epidural, y puede ser estimulado por la deambulación.	No tuvo evacuación por la mañana.
Ministrar Psillium plantago ½ cucharada diluida en un vaso de agua.	Es de acción local y en contacto con el agua del intestino la retiene formando una masa gelatinosa, que no se absorbe y aumenta el volumen de las heces, esta masa actúa como estímulo de la actividad motora (10)	La paciente evacuo por la noche.

(9) Nordmark, RN. Bases científicas de la Enfermería. Manual Moderno. Segunda Ed 1999 Pag 243

(10) Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 45 Edición, Ediciones PLM 1999 pp 1041

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

- Dx. de Enfermería:**
- Lactancia materna ineficaz relacionada a falta de conocimientos manifestado por dudas.
 - Desconocimiento de cambios durante el puerperio relacionado a falta de orientación.
 - Riesgo de inadecuado control natal post evento obstétrico.

Objetivo: Proporcionar información específica de cada tema que le permita que le permita desenvolverse en su nuevo rol con tranquilidad y confianza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Brindar una orientación completa y detallada sobre lactancia materna, extracción manual de leche, planificación familiar y cambios fisiológicos durante el puerperio.</p>	<p>Para obtener equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente y lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular. (11)</p> <p>Por ser una paciente primigesta carece de toda esta información.</p>	<p>La paciente respondió favorablemente, estuvo interesada y se sintió más tranquila al finalizar la orientación ya que externo muchas dudas que tenía sobre estos temas.</p>

(11) Nordmark, RN. Bases científicas de la Enfermería. Manual Moderno. Segunda Ed. 1999. Pag. 603

9. EJECUCIÓN

Necesidad: Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.

Dx. de Enfermería: Alteración emocional relacionada a la separación del binomio Madre e Hijo, manifestado por Inquietud y angustia.

Objetivo: Disminuir la angustia a través de una conversación donde ella se sienta escuchada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Conversar con la paciente	El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación para su expresión. (12)	La paciente expreso la angustia que sentia por que su hijo esta en su casa y ella en el hospital estaba desesperada por estar con él.

(12) Nordmark, RN. Bases científicas de la Enfermería. Manual Moderno. Segunda Ed.1999 Pag585

10. EVALUACIÓN

El logro de los objetivos fue de la siguiente manera:

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE
Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros	Favorecer la eliminación de loquios y limitar el proceso infeccioso	Después de la aplicación de las medidas se detecto que el olor fétido era por estancamiento de los loquios, por lo que los objetivos de cumplieron totalmente al terminar la paciente su tratamiento y siguiendo las indicaciones dadas para su hogar
Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales, mediante la selección de la ropa y la modificación de la ropa	Disminuir la temperatura corporal.	La temperatura descendió a 37° C después de las medidas realizadas por lo cual el objetivo se cumplió en su totalidad.
Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos	Disminuir el dolor en herida quirúrgica y mantener limpio el cuerpo.	El dolor cedió de manera importante y facilito realizar las demás actividades planeadas cumpliendo el objetivo planeado.
Comer y beber en forma adecuada	Hidratar a la paciente y reponer el volumen hídrico, así como proporcionar una adecuada cantidad de nutrientes.	La paciente toleró la vía oral mejorando el estado de hidratación y el aporte de nutrientes alcanzando el logro del objetivo.
Eliminar los residuos corporales	Estimular el peristaltismo intestinal y facilitar la evacuación	La evacuación se presentó sin problemas posterior a la administración del medicamento (5) horas.

10. EVALUACIÓN

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles	Proporcionar información que le permita desenvolverse en su nuevo rol con tranquilidad.	Este objetivo se alcanzó en forma parcial.
Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.	Disminuir la angustia a través de una conversación donde ella se sienta escuchada.	Este objetivo se alcanzó en forma parcial ya que la paciente deseaba irse a su domicilio con el bebe y no fue posible tranquilizarla en forma total.

11. PLAN DE ALTA

NECESIDAD	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBJETIVO
Comer y beber en forma adecuada	Orientar a la paciente sobre la importancia de consumir una dieta de 2000 a 2300 kcal. en su hogar	Valorar el aprendizaje sobre los diferentes grupos de alimentos que debe ingerir así como la cantidad de los mismos.
Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos	Disminuir el dolor en forma paulatina hasta su desaparición total.	Explicar la forma de administrar el analgésico en su hogar, hora y dosis. Orientar sobre el tipo de dolor de la HQ, así como los signos de infección de la misma
Eliminar los residuos corporales	Orientar sobre la importancia que tiene el ejercicio para la eliminación de loquios y la actividad intestinal	Verificar el aprendizaje sobre los beneficios de la deambulación
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.	<p>Dar charla sobre cambios y cuidados del puerperio</p> <p>Orientar a la paciente sobre las características de los loquios y los signos de alarma</p> <p>Dar una charla sobre las ventajas de la lactancia materna</p> <p>Orientar a la paciente sobre los cuidados del recién nacido, como baño, alimentación, cuidados del muñón umbilical.</p>	<p>Cuestionar a la paciente para corroborar que haya entendido</p> <p>Valorar las características de los loquios antes de su egreso</p> <p>Verificar que la paciente practique la lactancia materna desde la unidad hospitalaria</p> <p>Resolver las dudas de la paciente sobre la lactancia materna.</p> <p>Orientar sobre el cuidado de las mamas para disminuir la presencia de grietas.</p> <p>Enseñar a la paciente todos los cuidados del recién nacido así como los signos de alarma que pongan en peligro la vida del bebe.</p>

12. PLANEACION DE LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS

- Conocer el medio en que se desarrolla la paciente y el recién nacido.
- Verificar si los objetivos planeados en el alta se han cumplido.
- Reforzar la información acerca de la planificación familiar cuidados del puerperio y recién nacido así como dudas sobre la lactancia materna.

Se hablo por teléfono con el esposo y se concertó la cita.

Lugar: Calle Sta. Rosa 103, Col. Raquelito, Municipio de Naucalpan, Estado de México.

Día: Viernes 25 de Mayo de 2001

Hora: 13:30.

13. INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA

Se realizó en el puerperio tardío día 35, se encontró hogar bien integrado, con buena comunicación entre la pareja, aunque la vivienda es precaria cuenta con los servicios básicos de agua, luz, drenaje, ventilación, y en buenas condiciones higiénicas.

Se le reforzó sobre la colocación del DIU antes de iniciar relaciones sexuales, se resolvieron dudas sobre la lactancia que hasta el momento ha sido exitosa, se oriento sobre los cuidados del recién nacido y la importancia de alargar el periodo intergenésico, dados los antecedentes ginecobstétricos de la paciente.

Muy amables dijeron que el próximo lunes acudirían a la unidad hospitalaria a planificación familiar, y control del niño sano.

Me despedí de la paciente y le indique que cualquier duda o situación de urgencia acudiera a la unidad hospitalaria.

14. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el presente trabajo se elaboró un Proceso Atención Enfermería (PAE) a una paciente femenina de 20 años de edad post operada de cesárea, cursando con un puerperio complicado por una inadecuada eliminación de loquios. Los objetivos planteados, se cumplieron satisfactoriamente y permitieron corroborar los beneficios que conllevan la aplicación de un adecuado proceso por parte de los servicios de salud en una Institución Federal.

El conocer las necesidades básicas de las pacientes de manera individualizada, permite brindarle una atención más personal y dirigida a sanar y mejorar su calidad de vida, lo cual en nuestros días se hace más relevante. Una adecuada valoración y un oportuno diagnóstico de enfermería de este tipo de padecimientos, permitirán entonces tomar medidas de prevención oportunas, evitando que los cuadros clínicos se agraven y culminen en consecuencias fatales. La orientación y educación de nuestros pacientes respecto de su situación clínica, así como la de sus familiares debe siempre ser considerada una prioridad. La aplicación del modelo de Virginia Henderson en este proceso, fue de mucha utilidad ya que contempla al individuo desde sus tres esferas: biológica, psicológica y social, lo que permite una atención integral ya que incluye al individuo su familia y comunidad.

Con respecto a la paciente el caso se resolvió favorablemente alcanzando los objetivos trazados al inicio del trabajo y concluyendo con éxito el Proceso Atención de Enfermería. Es importante mencionar la colaboración y disponibilidad de personal del Hospital General de zona 194 del IMSS, que me proporcionó todas las facilidades de instalaciones, equipo y operación, para la elaboración de este trabajo.

Estoy plenamente convencida de que el PAE, es un excelente instrumento para brindar cuidados de enfermería de calidad y para el crecimiento profesional de nuestra profesión. Ha sido para mí una experiencia muy enriquecedora y agradable ya que pude obtener conocimientos técnicos y administrativos que favorecerán mi actividad profesional a futuro; de igual manera, me permitirá abordar la realización de trabajos futuros, así como para este caso particular, obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A pesar de que el Proceso Atención Enfermería nos puede brindar a los profesionales de la salud un apoyo importante, lamentablemente en las instituciones oficiales y privadas no se ve su aplicación, tal vez por negligencia, desconocimiento o por la falta de una dirección técnica que obligue a las enfermeras a implementarlo con cada paciente; por lo anterior, sugiero que como primer instancia el PAE sea considerado en la formación de las nuevas enfermeras como una asignatura dentro del programa de estudios y no sea solo una derivación de un tema general. Asimismo, es necesario integrar el PAE en todas las unidades de salud dentro de los programas de capacitación continua en todos los Hospitales.

Otro aspecto importante a considerar, es el hecho de que la aplicación del PAE

deberá ser instrumentado y adaptado considerando la realidad nacional, de acuerdo con sus pacientes, instalaciones hospitalarias y problemáticas internas de cada institución, lamentablemente no siempre las teorías y modelos extranjeros se adaptan a la realidad mexicana.

Por último, sugiero que se brinden mayores facilidades para que los pasantes de la Licenciatura de Enfermería, puedan disponer de la asesoría y supervisión de los directores de tesis en otras sedes de la UNAM, y no necesariamente se tengan que desplazar hasta la ENEO; Adicionalmente, considero importante que tanto la Universidad Nacional Autónoma de México, así como el Instituto Politécnico Nacional y otras instituciones de educación superior que ofrezcan la carrera de Enfermería, brinden la atención debida y todo su apoyo para que esta hermosa carrera sea considerada como una Licenciatura en Enfermería.

15. GLOSARIO

Cesárea: Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer al producto de la concepción vivo o muerto de 28 semanas o más, así como a sus anexos ovulares, a través de laparotomía o incisión de la pared uterina.

Cuidado: Que concierne o se interesa en otro.

Comunicación: Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos o a utilizar los servicios.

Diagnóstico: Enunciado claro, conciso, y definitivo del estado de salud del paciente que puede ser afectado por la intervención de enfermería.

Dependiente: Que confía en otros o requiere de su apoyo para la autoridad o para la ejecución de actividades.

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

Evaluación del proceso: Examen de las acciones e interacciones de enfermería.

Holístico: Punto de vista de que la integración de un todo tienen una realidad independiente de la suma de sus partes y mayor que ella.

Implementación: Enfermera y paciente al ejecutar los planes.

Interacción: Intercambio mutuo o recíproco de información verbal.

Independiente: Asumir una autoridad autónoma para realizar actividades.

Lactancia: Etapa de la vida en que la madre amamanta a su hijo.

Loquios: Secreción uterina por vía vaginal durante el puerperio, consta de restos de placenta y otros productos de desecho del parto, su color, cantidad y olor indican proceso de cicatrización del sitio placentario.

Medición: Uso de todos los sentidos así como de instrumentos que permiten valorar en forma cuantitativa las observaciones.

Observación: Uso de todos los sentidos para obtener información acerca de un paciente.

Paciente: Individuo, familia, un grupo o la comunidad.

Pametrico: Extensión de la cubierta serosa de la porción supra cervical del útero en

dirección lateral, entre las capas del ligamento ancho.

Proceso de Atención de Enfermería: Actividad intelectual deliberada por la cual la práctica es abordada de manera sistemática y ordenada.

Puerperio: Periodo que sigue al alumbramiento en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación.

Responsabilidad: Obligación para llenar los términos del convenio contractual implícito o explícito de acuerdo con los cánones profesionales y legales de enfermería.

Vaginitis: inflamación de la vagina.

16. BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO Camacho, Maria Guadalupe. Participación de Enfermería en la Evolución Clínica del Puerperio. ENEO. UNAM. 1999. México.
2. ALFARO Rosa Linda. Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica. 3ª edición. Edt. Madrid Mos by Doymna. 1996.
3. ATKINSON, Leslie D. y Murray L. Marie. Proceso Atención de Enfermería. Edt. El Manual Moderno. 1993. México
4. BECK, Alfredo MD. Práctica de Obstetricia. 9a. Reimpresión. Edt. Prensa Médica Mexicana. México. 1984.
5. CASTELAZO Ayala, F. Obstetricia. 6ta. Edición, Tomo II. Editado por el IMSS. 1985.. México.
6. C. P. Anthony; G.A. Tibodeau. Anatomía y Fisiología. 4ta. Edición español Edt. Interamericana. 1983. México.
7. COLLIERE, Marie – Franciose. Encontrando el Sentido Original de los cuidados de Enfermería. Edt. Panamericana. Rev. 1999.
8. CHERNEY H. Alan; Pernol L. Martin. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. 7ª edición. Edit. El Manual Moderno. 1997. México
9. FERNÁNDEZ, Ferrin Carmen, et. al. El modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Edt. Masson - Salvat.
10. GOODMAN y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 8ª Edición. Edt. Panamericana. 1993. México
11. GONZÁLES Merlo, J. Obstetricia. 4ª Edición. Edt. Masson – Salvat. Medicina.
12. GONZÁLEZ Vázquez Margarita. Antecedentes de la Perinatología. ENEO. UNAM. México. 1999
13. GRIFFITH W. Janet. Proceso de Atención de enfermería de Teorías, Guías y Modelos. 1a. Edt. El manual Moderno. 1994. México.
14. HENDERSON A. Virginia. La naturaleza de la Enfermería. 4ta. Edición. Edt. Interamericana - Mc. Graw Hill. 1994. México.
15. LUIS RODRIGO, Maria Teresa. Diagnósticos enfermeros un instrumento para la práctica asistencial. Edt. Marcourt Brace Madrid. 1998.
16. MARRINER Tomey. Teorías y Modelos en Enfermería. 3ª. Edición. Edt. Mosby

Doyma. 1994.

17. MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª. Reimpresión. Edt. Trillas. 1997. México.
18. MONDRAGÓN C. Héctor. Gineco obstetricia para Enfermeras. 3ª. Reimpresión. Edt. Trillas. 1997. México.
19. NAVA Báez, Imelda; Camacho Fernández Lilia. Manual de Ginecobstetricia. FES-Iztacala. UNAM. 2000.
20. PERNOLL I. Martin; Benson, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstetricos. 5a. Edición. Edt. El Manual Moderno. 1985. México.
21. REDEDER. Enfermería Materno Infantil. 16ava. Edición. Decimo septima Edición. Edt. Interamericana. 1992. México.
22. STANLEY, G. Glayton; Newton, R. Maniobras Obsietricas. Edt. El Manual Moderno. México. 1991.
23. Universidad Nacional Autónoma de México. Teorias y Modelos. SUA.2001
24. WELLER, F. Barbara. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud. Edt. Mc Graw-Hill, Interamericana. 1989. México.

17. ANEXOS

En este apartado se incluye la Historia Clínica Ginecoobsterica que complementa la información recopilada.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA GINECOBSTETRICA

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE J. V. Rocio Edad 20 A Sexo Femenino
Estado civil Casada Escolaridad Tercero primaria Ocupación Hogar
Religión Católica Cama 355 Servicio Gineco-Hospitalización
Diagnóstico Médico Puerperio mediatlo, poscesárea, endometritis decidual

II. INTERROGATORIO:

1. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Sin importancia para el padecimiento.

2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Ha presentado alguna de estas patologías:

Sarampión X Varicela Poliomiелitis
Hepatitis Tuberculosis Tumoraсiones
Rubéola Anemias

Le han practicado transfusiones Si _____ No X Cuando _____

Ha tenido traumatismo o fractura: Si _____ No X

Donde _____ Cuando _____

Le han realizado intervenciones quirúrgicas Si _____ No X

Cual _____ Cuando _____

3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Edad de menarca 12 A Ritmo menstrual 30 x 4 I.V.S. 19 años

Gestas 3 Partos Cero Abortos 2 Cesáreas 1

Edad del primer embarazo 19 A Ultimo periodo intergenesico _____

Embarazo actual _____ F.U.M. 15-julio-00 F.P.P. _____

Semanas de gestación _____ Fecha de último parto o cesárea _____

Métodos de planificación familiar Si _____ No X

Tipo _____ Duración _____ Efectos _____

Prescripción médica _____ Automedicación _____

Evolución del embarazo:

Primer trimestre: Sintomatología neurovegetativa Nauseas, vomito

Sangrado transvaginal Si _____ No X

Segundo trimestre: Percepción de movimientos fetales 5to. mes

Presencia de contracciones de Braxton Hiks Si

Tercer trimestre: Presencia de contracciones dolorosas Si _____ No No

Control prenatal Si No. de Consultas 2 Ninguno. _____

Tratamiento _____ Complicaciones _____

Aumento ponderal 15 Kilogramo

Atención del parto:

Hospitalario X Fortuito _____ Lugar _____

Complicaciones _____ Tratamiento _____

Datos del recién Nacido:

Sexo Masculino Hora de nacimiento 6:30 pm Apgar 8 - 9
Peso 2.750 DGS. Talla 48 cms. Perímetro cefálico 33 cms.

EXPLORACION FISICA.

Cabeza:

Cráneo: Endostosis _____ Exostosis _____ Heridas _____
Alopecia _____ Infestaciones _____ Higiene Deficiente
Cara: Coloración _____ Palidez _____ Pigmentación _____ Si _____
Ojos: Edema palpebral _____ Reflejo ocular _____
Boca: Mucosas orales: Hidratadas _____ Semihidratadas _____ Secas X
Coloración de la mucosa: Rosada _____ Cianóticas _____ Pálida X
Piezas dentales: completas: Si X No _____ Prótesis _____
Caries: Si: X No _____ Pieza dental _____
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

Torax::

Tamaño: Pequeñas _____ Grandes _____ Hipertróficas X
Forma: Redondas: _____ Ovaladas X
Turgencia: Flácida: _____ Turgente X
Pezón: Eréctil: Si X No. _____
Normal X Plano _____ Hundido _____ Umbilicado _____
Areola primaria: Pigmentada _____ Hiperpigmentada X
Areola secundaria: Pigmentada _____ Hiperpigmentada X
Ruidos cardíacos: Frecuencia 83/min Rítmico: Si X No _____

Ruidos respiratorios: Frecuencia 18 / min

Miembros superiores:

Simetría X Malformaciones _____ Edema _____

Dolor _____ Heridas _____ Higiene Deficiente

Venoclisis y/o catéteres Si Sitio de punción Antebrazo

Tipo de solución Glucosado al 5% de 1000, para 8 horas

Velocidad de goteo 41 por minuto

Abdomen:

Piel: Heridas Quirúrgicas: Si X No _____ Localización Media infraumbilical

Condición: Limpia X Seca _____ Con puntos X

En proceso de cicatrización Si

Cubierta por: Apósito Si Vendaje Si

Estrías: Si X No _____ Cicatrices _____

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

Altura de fondo uterino Tres centímetros abajo de la cicatriz umbilical

Hipercontraído: Si _____ No _____ Flácido: Si _____ No _____

Contracciones uterinas: Si _____ No _____

Frecuencia _____ Intensidad _____ Duración _____

Maniobras de Leopold:

Presentación _____ Posición _____ Situación _____

F.C.F. _____ Localización _____

Genitales:

Características: de primípara _____ Multipara _____

Salidas: Líquido amniótico: Si _____ No _____

Claro _____ Turbio _____ Meconial _____ Hemático _____

Loquios: Hemáticos _____ Serohématicos X Serosos _____

Cantidad Abundante Olor Fétidos

Episiotomía: Si _____ No _____ Tipo _____

Edema _____ Hematoma _____ En cicatrización _____

Cervix: Borramiento _____ % Dilatación _____ cms.

Miembros inferiores:

Várices _____ Edema _____ + _____ Dolor _____

Excoriaciones _____ Heridas _____

Problemas para la movilización y marcha de ambos miembros _____ No _____

WORD HISTORIA CLINICA PR/