



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A MUJER EN
PUERPERIO POSTQUIRÚRGICO Y CON
PREECLAMPSIA SEVERA CONTROLADA.**

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

P R E S E N T A:

**PATRICIA BAZAN ROSALES.
Nº. CUENTA 9770965-9**

**DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. GLORIA RODRIGUEZ DIAZ**

MEXICO D. F

2006





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS,

POR SUS BENDICIONES Y NUNCA
OLVIDARSE DE MÍ.

A MI FAMILIA,

POR SU AYUDA Y COMPRENSION.

AL LIC. MICHAEL FLORES RIVAS,

POR SU AMISTAD Y CARÍÑO.

AL DR. JOSE LOPEZ CEJA,

POR SUS CONSEJOS Y MOTIVACION PARA SEGUIR
SIEMPRE ADELANTE.

A LA LIC. GLORIA RODRIGUEZ DIAZ

POR SU ASESORIA PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTE TRABAJO.

ÍNDICE

Introducción

Justificación

I. Objetivos

Objetivo general

Objetivo específico

II. Metodología

III. Marco teórico

Modelo de virginia avenel henderson

Datos biográficos de Virginia Henderson

Definición de los cuatro conceptos

El arte de cuidar

Relación terapéutica

Terapéutica de relación

Proceso atención de enfermería

Concepto

Objetivos

Etapas del Proceso

Aparato reproductor de la mujer

Genitales internos

Genitales externos

Puerperio fisiológico

Concepto

Etapas del puerperio

Modificaciones generales

Modificaciones locales

Preeclampsia

Concepto

Clasificación

Factores de riesgo

Teorías de la preeclampsia

Bases fisiopatológicas de la preeclampsia

Complicaciones

Datos de laboratorio

Tratamiento

Cuidados de enfermería

IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería

Valoración de las 14 necesidades

Jerarquización de las 14 necesidades

Diagnósticos de enfermería
Planeación, ejecución y evaluación
Evaluación

V. Plan de alta

VI. Conclusiones

Sugerencias

Glosario

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una disciplina que permite ayudar a la persona sana o enferma, su objetivo principal es el cuidado a la salud a través de cuidados que ayuden a mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades básicas y/o a la resolución de los problemas de salud reales o potenciales, cuando las personas sanas o enfermas no pueden resolverlos por si mismos.

El presente trabajo fue seleccionado y aplicado a una mujer de puerperio postquirúrgico con preeclampsia severa controlada. Fue interesante porque es una de las causas principales de morbi-mortalidad materna y perinatal del país, en el que el cuidado que se proporcione se realizó a través del Modelo Conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería, que consiste en recopilar y organizar la información en forma jerárquica por medio de la: valoración, diagnóstico comparando los datos significativos con características definitorias y factores relacionados/riesgo, de las categorías diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); planeación de cuidados, ejecución y evaluación de los mismos. La redacción de los diagnósticos que está formado por dos enunciados unidos por la frase "relacionado con", 3.- planeación y cuidados de enfermería a realizar, los cuales se evaluarán los resultados si han sido efectivos o si hay que realizar algún cambio en el cuidado.

El trabajo está integrado por 6 capítulos; el primero está dirigido a los objetivos, el segundo aborda la metodología implementada, el tercer capítulo es el marco teórico que sustenta el estudio del caso, el cuarto capítulo es la aplicación del proceso del cuidado en el que se llevó a cabo la jerarquización de las 14 necesidades y la evaluación de todo el trabajo, el quinto capítulo es el plan de alta y por último el sexto capítulo concluyó con las conclusiones del trabajo.

De esta forma el Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, resulta una aplicación metodológica en un campo de acción profesional, mediante el pensamiento crítico para la solución de problemas y toma de decisiones que busca el favorecer la salud de la persona, familia y comunidad.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo enfatiza el valor del cuidado al ser humano y profundiza el conocimiento de la práctica profesional de enfermería centrada en una persona. Se busca que el profesional de enfermería realiza numerosos cuidados a una persona, encaminados a mantener o recuperar su independencia lo antes posible para la reincorporación a la sociedad. Para tal efecto se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE), el cual garantiza la individualización de los cuidados con carácter profesional, basado en un proceso de reflexión en conocimientos científicos y humanísticos a través de la propuesta de Virginia Henderson la cual permite vincular la teoría y practica.

Este proceso atención de enfermería fue aplicado a una mujer Gineco-Obstetra con puerperio postquirúrgico y preeclampsia severa controlada, por la importancia de que los estados hipertensivos del embarazo representan sin lugar a duda un problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. De acuerdo con datos presentados por la Organización Mundial de Salud la hipertensión, es una enfermedad que se presenta únicamente en el ser humano y cuya etiología aún no ha sido dilucidada, descrita clásicamente como la enfermedad de las teorías. Esta patología ocupa la segunda causa de morbi-mortalidad materna y perinatal, informando en los últimos años que de 15 y 46% de los casos evolucionan a preeclampsia. En México también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 66.2 por cien mil nacidos vivos. Y además es la primera causa de ingreso de personas embarazadas a las unidades de terapia intensiva, según la secretaria de salud (2001), ocupando el 15^o lugar en la mortalidad hospitalaria en general.

Lo anterior da pauta para proporcionar una atención con un enfoque holístico, que permite al profesional de enfermería aplicar los conocimientos científico metodológicos en la atención oportuna y de calidad, así mismo aplicar los cuidados con una evaluación continua y una reconsideración de los cambios en las necesidades de la persona, en la estancia hospitalaria y al egreso para asegurar en la señora información acerca de cómo mejorar su salud, evitando así un posible reingreso al hospital.

Así mismo se contribuye al desarrollo del ejercicio profesional de la enfermera con bases científicas y que esto permita la educación a la persona, familiares y a nosotras mismas para así aumentar el reconocimiento de nuestra profesión y no perder nuestra autonomía profesional. Este trabajo hace hincapié en el cuidado enfermero y profundizar el conocimiento de la práctica de enfermería.

I. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Brindar a la persona y familia la orientación y conocimientos que le ayuden a cambiar en forma positiva sus actitudes hacia la salud, integrando los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón.

1.2. Objetivos Específicos

- Realizar la valoración de enfermería con un enfoque deductivo, a través de fuentes directas e indirectas que permitan la identificación de respuestas humanas y fisiológicas, que ayuden a organizar la información y facilitar la prestación de una asistencia de calidad.
- Formular un diagnóstico enfermero comparando los datos significativos con características definitorias y factores relacionados/riesgo de una categoría diagnóstica validada.
- Planear los cuidados bajo el establecimiento de prioridades, desarrollo de objetivos, determinación de acciones y la documentación de los mismos.
- Ejecutar el plan de cuidados con la previsión necesaria y desarrollo de intervenciones independientes e interdependientes mismas que han de ser controladas con eficacia y documentadas.
- Evaluar el proceso de enfermería y determinar su efectividad en la satisfacción del bienestar de la persona y su familia, así mismo en el desarrollo disciplinar autónomo.

II. METODOLOGÍA

La metodología para integrar este trabajo terminal para Titulación inició con la participación en un seminario. En el se llevó a cabo este Proceso Atención de Enfermería, respaldado por un modelo que fue el de Virginia Henderson, destacando las 14 necesidades básicas. Se presentó la oportunidad de elegir a una persona cursando puerperio postquirúrgico en el Corporativo Hospital Satélite.

Para llevar a cabo la descripción de la metodología en el seminario taller, se realizó un esquema general de trabajo considerando las etapas a seguir durante la realización del proceso y las actividades a realizar en cada una de estas. También se proporcionó un calendario para revisión tutorial y rectificación de la información descrita.

Para iniciar este trabajo se requirió de una investigación bibliográfica y documental que permitió la validación y la clasificación de dicha documentación, el conocimiento teórico del proceso atención de enfermería, del modelo de las necesidades y el cuidado enfermero integrando así el marco teórico.

La primera fase del proceso fue la valoración, en donde se reúne la información necesaria referente a la persona con el fin de identificar las necesidades, así como los recursos con los que se cuentan. Para la recolección de información se creó una historia clínica de enfermería, esta guía consideró la ficha de identificación de la persona y la valoración de cada una de las necesidades, que dio a conocer una forma general de su estado de salud. Para llevar a cabo esta recolección se realizó la entrevista de enfermería en tres fases:

1. Fase de apertura, se inicia con introducción para saludar a la persona, presentarse y explicar la razón de la entrevista, esto ayudará a establecer la relación enfermera-persona, que influye en la capacidad de establecer una relación de confianza.
2. Fase de desarrollo, a medida que avanza la entrevista, se formulan preguntas para establecer una base de datos a partir de la cual se podrá elaborar un plan de cuidados.
3. Conclusiones, se indica de algún modo a la persona que la entrevista se ha acabado, se termina de forma amistosa.

Para efectuar la exploración física se requirió de cinco técnicas principales: inspección, palpación, percusión, auscultación y somatometría. Con el registro y documentación debidamente ordenado.

Posteriormente continua la segunda fase de diagnósticos de enfermería que consistió en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud de la persona.

Para ello se elaboró un esquema para facilitar la redacción del diagnóstico, formado por enunciados unidos por la frase “relacionado con”. El diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana que preocupa a la persona (I Enunciado). También incluyen los factores que contribuyen a la presencia de la respuesta en la persona (II Enunciado). El (III Enunciado) expone los signos y síntomas o características definitorias presentes. Se utiliza como referencia el formato que a continuación se presenta:

RESPUESTA HUMANA	FACTOR RELACIONADO	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
Alteración de la nutrición: por exceso	relacionado con un ingesta calórica excesiva	manifestada por sobrepeso.

La tercera fase fue la Planeación que consistió en el planteamiento de los objetivos y la cuarta fase Ejecución enfocada a los cuidados de enfermería, que ayudan a la persona a conseguir los objetivos deseados.

La quinta fase Evaluación que se dirigió a los resultados de calidad de satisfacción en cada cuidado de enfermería de la persona y el logro de los objetivos planteados, así como la formulación de cada uno de los diagnósticos de enfermería.

Todo esto se amplió con otro tipo de cuidados donde se elaboró, un plan de alta en el cual se hace especial énfasis de los cuidados en el puerperio mediato.

Por ultimo se elaboraron las conclusiones y sugerencias, se entregaron los anexos en relación al instrumento utilizado en la valoración y en el plan de alta.

III. MARCO TEORICO

3.1. MODELO DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Es importante el conocer aspectos generales, del modelo conceptual que se adoptó, ya que en su obra de Virginia Henderson trata sobre los “Principios Fundamentales de los Cuidados Enfermeros”, menciona que el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar a la persona sana o enferma, a mantener o recuperar la salud (o asistirlo en sus últimos momentos) llevando acabo las tareas que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento para cumplir estas funciones de manera que le ayudemos a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

3.1.1. Datos biográficos de Virginia Henderson¹

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército de Washington.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers Collage de Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupó el cargo de supervisora Pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1955 publica la edición de este libro que contenía la definición de enfermería de Virginia Henderson.
- 1966 publicó su obra de the Nature of Nursing, aquí descubre su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emerita de investigación de la Universidad de Yale.

- 1983 recibió el premio Mary Tolle Wright Fouders de la sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

¹ [http:// www.enfermeria21.com/listametas/monografia_virginia.doc](http://www.enfermeria21.com/listametas/monografia_virginia.doc)

- 1988 en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson falleció el 19 marzo de 1996. a los 98 años.

Para haber llevado toda esta trayectoria a lo largo de su vida Virginia Henderson, buscaba los fundamentos de la profesión y explicó la importancia de la independencia de enfermería y a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas del área de salud, y que la única función de la enfermera es ayudar a la persona sana o enferma a recuperar la salud.

Los elementos más importantes de su teoría son:

-La enfermera asiste a las personas en las actividades para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

-Describe la relación enfermera-persona, destaca 3 niveles de intervención:

- a) **Sustituta.** Compensa lo que hace falta a la persona.
- b) **Ayudante.** Establece las intervenciones clínicas.
- c) **Compañera.** Fomenta la relación terapéutica y actúa como miembro del equipo de salud.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas

necesidades son normalmente cubiertas por cada persona cuando está sana y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

3.1.2. Definición de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero²

Virginia Henderson define en los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería, que la persona requiere de asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son consideradas como una unidad. También incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados y que la calidad de la salud es un margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Persona. Es considerada por Henderson como una persona que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia, o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

- Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente.
- Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

Entorno. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de los enfermeros que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente.

Puede afectar a la salud; a los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

Salud. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas, requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

² Wesley Ruby L. Definición de Enfermería de Henderson. en: Libro Teorías y Modelos de Enfermería 2da Edición. McGraw Hill Interamericana. 1997 pp. 25-26.

Enfermería. Asistencia fundamentalmente a la persona sana o enferma para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevara a cabo estas actividades sin ayuda.

Por lo tanto el personal de enfermería requiere trabajar de manera independiente, ya que son aquellos cuidados que no necesitan de una orden del médico, unos ejemplos de funciones independientes son:

- 1.-La valoración de la persona o la familia mediante la exploración física para determinar el estado de salud.
- 2.-Diagnóstico de las respuestas que necesitan actuaciones de enfermería.
- 3.-Identificación de las actuaciones de enfermería que posiblemente mantengan o restablezcan la salud.
- 4.-Ejecución de las medidas diseñadas para motivar, guiar apoyar o aconsejar al paciente o familiar.
- 5.-Evaluación de la respuesta de la persona a las actuaciones de enfermería.

También se requiere trabajar conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como ejemplo incluye el médico, dietista radiólogo, laboratorista que colaboran para el diagnóstico y tratamiento de la persona.

Es por eso que la práctica de enfermería se centre en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas o problemas físicos o emocionales, reales o potenciales, a través de la educación para la salud y del bienestar de la persona sana o enferma.

3.2. EL ARTE DE CUIDAR³

Desde que los seres humanos aparecimos en la tierra, la enfermedad ha sido nuestra compañera inseparable. El tratamiento de las dolencias entre los hombres primitivos que buscaban aliviar el dolor, basados en la observación de la conducta de los animales, empezó a ser más racional que instintivo.

En el proceso de hominización se sitúa la aparición de la actividad del cuidado, ligada a la conservación y la sobre vivencia de la especie.

Poco a poco se fueron incorporando a lo práctico de los cuidados algunos elementos culturales que le confieren otra dimensión, enlazados a la protección de la vida y al concepto de ayuda mutua.

El cuidado a la salud ha sido una tarea desarrollada en forma natural por la mujer, primero de los miembros de su familia, y posteriormente cuando ella se ha incorporado al mercado de trabajo, a través de todo un proceso histórico, proporcionando cuidados especiales a las personas que son capaces de valerse por ellos mismos.

La enfermería ha tomado el campo de acción en la atención a la salud y el cuidado de los enfermos denominándolo cuidado enfermero, proporciona un servicio indispensable en determinadas condiciones a los individuos sanos o enfermos. La enfermería existe desde que existe el hombre, es tan antigua como la humanidad misma y... al igual que esta, se encuentra en constante búsqueda.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de las civilizaciones, pasando de lo mítico a lo racional; pero en todas las épocas, cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento. Cuidar es, también ayudar a morir.

El cuidado enfermero es un proceso que incorpora los elementos del alma o del espíritu que se manifiesta a través del cuerpo y mente. También es un arte, termino definido como virtud, disposición o habilidad para hacer de alguna cosa algo única e irrepetible, entendida también como la facultad mediante la cual el hombre expresa lo material o lo inmaterial para dar lugar a la creación. Por tanto, dar vida a la materia y el cuidado de la vida (ambos un desafío) son un arte.

Si cada individuo es único e irrepetible, la enfermera al proporcionar cuidado lo crea de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente, para lograrlo se requiere una interrelación de personas con personas y no entre piezas de maquinaria en las que la enfermera transfiera su propio ser a la función que hace.

³ Navora Maria El Arte de Cuidar en: Rev. Enferm. IMSS. 2000; 8(1):1 -2.

3.3. RELACIÓN TERAPEUTICA⁴

La comunicación es el proceso de enviar y recibir mensajes mediante símbolos, palabras, signos u otras acciones. Este proceso se desarrolla a niveles múltiples en la parte que envía el mensaje y la parte que define el significado de éste.

La comunicación intenta alcanzar un objetivo: la transmisión de hechos, sentimientos y significados a través del proceso de comunicación. El proceso de comunicación incluye expresiones tanto verbales como no verbales, está influido por la relación intrapersonal del trabajo de la persona y las relaciones entre los participantes. También se desempeña un papel en los resultados finales del proceso de comunicación; la manera en que se envía el mensaje y el efecto que origina el receptor.

Se han identificado 5 factores que influyen sobre la comunicación eficaz.

- 1.- Una persona no puede dejar de comunicar. El ser humano tiene una necesidad inherente de comunicar, ya sea de manera verbal o no verbal.
- 2.- Hay un contenido o valor de información en los mensajes enviados y recibidos, que explica el contenido del mensaje y expresa lo que considera el emisor con respecto al receptor.
- 3.- El mensaje enviado no es necesariamente el mensaje recibido.
- 4.- Los mensajes contienen significados evidentes y encubiertos. El emisor tiene conciencia del mensaje y puede no estar consciente del significado oculto o encubierto.
- 5.- La comunicación se vuelve disfuncional cuando una persona no asume la responsabilidad de su comunicación. La comunicación disfuncional es el resultado de la falta de aprendizaje del modo de comunicarse apropiadamente, dejando la responsabilidad de comunicación a otra persona.

Hay lineamientos útiles que pueden ayudar a la enfermera que se comunica con una persona, a convertirse en una comunicadora más terapéutica y eficaz.

-Si la persona es muy titubeante, toma un papel activo y guía la conversación.

-Hacer afirmaciones iniciales amplias y preguntas de manera abierta para ayudar a que el paciente describa lo que le está sucediendo.

⁴ Smith Sandra F. Técnicas de Comunicación y Establecimiento de Relaciones, en: Libro Enfermería Básica y Clínica. Manual Moderno. 1996 pp. 75-80.

- Usar lenguaje corporal para manifestar empatía, interés y estímulo con objeto de facilitar la conversación.
- Utilizar el silencio, permite que la persona haga pausas y dirija sus propias comunicaciones.

3.3.1 Terapéutica de relación

Las enfermeras comparten lo que son con otras personas que han pedido directa o indirectamente ayuda. Dentro de esta estructura interpersonal se comienza a desarrollar, la relación enfermera-paciente. Ambas personas llevan a la relación sus pensamientos, sensaciones, sentimientos de autoestima, capacidades para adaptarse, enfrentar situaciones y puntos de vista sobre la vida y como interactuar con ella.

El objetivo de la terapéutica de relación consiste en ayudar a la persona a identificar y cubrir sus propias necesidades por ejemplo; al demostrar aceptación, desarrollar confianza mutua por medio de una conducta consistente y congruente, proporcionar experiencias emocionales para aumentar la autoestima y finalmente crear un ambiente seguro y de apoyo.

- Principios de la relación

Los principios de fondo que ayudan a una relación incluyen:

- Conciencia de la integridad de la persona, incluyendo sus necesidades físicas.
- Comprensión empática enfocándose en la persona.
- Comunicación clara, abierta y honesta.
- Estimulación de la expresión de sentimientos.
- Concentración en lo que ocurre “aquí y ahora”.

- Fases en la Terapéutica de relación de enfermera-persona.

1.- Inicio o fase de orientación

- Establezca límites a la relación.
- Identifique problemas.
- Evalúe niveles de ansiedad propia de la persona.
- Identifique expectativas.

2.- Fase de continuación o de trabajo activo

- Promueva la actitud de aceptación para disminuir la ansiedad.
- Use técnicas terapéuticas para desarrollar una relación de trabajo.

-Examine continuamente y evalúe los problemas.

3.- Fase de terminación

-Planee la conclusión del tratamiento de manera temprana en el desarrollo de la relación.

-Anticipe problemas de terminación: puede recordar experiencias previas de separación originando sentimientos de abandono, rechazo y depresión.

-Exponga los sentimientos de la persona con respecto a la terminación.

3.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA⁵

3.4.1. Concepto

La expresión proceso de enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda. El proceso proporciona una estructura sistemática en la que pueda basarse la atención de enfermería de manera que la enfermera brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada en bienestar de la persona. El proceso de enfermería tiene como elementos esenciales el ser planificado, centrado en la persona, orientado a problemas y dirigido a metas definidas.

3.4.2. Objetivos

- Brindar a la persona y familia la orientación y conocimientos que le ayuden a cambiar en forma positiva sus actitudes hacia su salud.
- Constituir una estructura, en forma ordenada que cubra individualmente las necesidades de la persona, la familia y la comunidad.
- Integrar los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón.

3.4.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Así mismo el empleo del proceso atención de enfermería favorece el cuidado enfermero individualizado y ayuda a la enfermera a responder a la persona de manera rápida y razonable para mejorar y mantener la salud de la persona.

El proceso atención de enfermería incluye 5 pasos: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

✦ PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Durante esta valoración, se recogen, verifican, analizan y comunican datos sistemáticamente relativos a la persona a través de fuentes directas (persona, familia y comunidad) y fuentes indirectas (historia clínica, expediente, libros, revistas).

⁵ Potter Patricia A. Valoración Enfermería. en: Libro Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. 5 ed. Ediciones Harcourt. 2002 pp. 300-384.

En esta etapa es importante que la enfermera emplee un pensamiento crítico para obtener y analizar datos, que cuente con una experiencia clínica previa que contribuya a la habilidad para la valoración.

Fuentes de datos:

- Datos subjetivos: se obtienen de la persona, la familia, los allegados, los miembros del equipo sanitario (no se puede medir).
- Datos objetivos: se obtienen por medio de la exploración física, los resultados de laboratorio (estos se pueden medir).
- Factores ambientales: residencia, zona habitacional y ambiente de trabajo.
- Datos actuales: son los de la persona de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista clínica.

Existen dos tipos de entrevista:

- Entrevista formal: consiste en una comunicación con un propósito específico.
- Entrevista informal: es la conversación entre enfermera y persona.

Las finalidades principales de entrevista son identificar las necesidades de salud y los factores de riesgo, y determinar los cambios específicos ocurridos en el bienestar y del estilo de vida y facilitar la relación enfermera / persona.

- **Fases de la entrevista**

- Fase de orientación. Esta ayudara a establecer la relación enfermera-persona que favorece la confianza y aceptación mutua con la persona.
- Fase de trabajo. Formula preguntas para establecer una base de datos a partir de la cual de podrá elaborar un plan de cuidados enfermeros.
- Fase de finalización. Se indica de algún modo a la persona que la entrevista esta acabando, se termina en forma amistosa.

B) Observación. Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona y del entorno. Los hallazgos encontrados han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) Exploración física. Determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtiene una base de datos para establecer comparaciones y

confirmar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista: integrándose en 4 pasos:

- Inspección. Examen visual, que se encuentra en las características físicas o comportamientos para determinar respuestas normales o anormales.
- Palpación. Se utiliza el tacto para determinar características de la estructura corporal.
- Percusión. Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal (como puede ser abdomen y espalda).
- Auscultación. Permite escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo (frecuencia, cardíaca, respiratoria, peristalsis).

➔ SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO

Es una afirmación que describe una respuesta real o potencial de la persona a un problema de salud.

El diagnóstico se caracteriza por ser dinámico que cambia de un día para otro con las variaciones de la enfermedad, con el cambio de actitud y el de las condiciones del paciente, va indicando las respuestas significativas de la persona durante las fases de su enfermedad.

El uso de los diagnósticos enfermeros normalizados o probados por la North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA) requiere que la enfermera utilice sus conocimientos, analice e interprete los datos, aplique razonamiento y seleccione el descriptor adecuado para la necesidad de la persona.

Las etapas del proceso diagnóstico

1. Análisis e interpretación de datos: el análisis de datos implica reconocer modelos o tendencias, compararlos con los estándares de salud y llegar a una conclusión sobre la respuesta de la persona a un problema de salud. Es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
2. Identificación de las necesidades de la persona: la enfermera identificará sus trastornos generales de cuidado de salud, bien sean datos o la deducción de ellos.

3. Para identificar las necesidades de la persona: se determina primero cuales son sus trastornos de salud, y si son problemas presentes o potenciales.

El problema de salud presente, es el que percibe o experimenta la persona. Un problema de salud de riesgo se identifica cuando la enfermera hace la valoración clínica de la persona, familia o comunidad es más vulnerable al desarrollo de un problema de otros.

4. Formulación de diagnóstico enfermero: La NANDA ha identificado 5 tipos de diagnóstico enfermero.

- Diagnóstico enfermero de riesgo. Describe reacciones del organismo a enfermedades o procesos biológicos que se pueden desarrollar en una persona, familia o comunidad, solo se apoya en los factores de riesgo (etiología) consta de 2 componentes formato PE= problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- Diagnóstico enfermero posible. Es el que describe un presunto problema sobre el cual los datos actuales y disponibles son insuficientes para validarlo. La enfermera debe confirmar o excluir, consta de 2 componentes, formato PE= problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- Diagnóstico enfermero real. Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, se apoya a la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.
- Diagnóstico enfermero de bienestar. Es una valoración clínica sobre una persona, familia o comunidad en transición de un determinado estado de bienestar uno mejor. Debiendo estar presentes 2 hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.
- Diagnóstico de síndrome. Es la etiqueta que se da a un grupo determinado de diagnósticos enfermeros, que a menudo, están asociados y presentan un cuadro clínico.

Ventajas de diagnóstico enfermero.

- Ayudan en la planificación del alta.
- Ayudan a priorizar las necesidades de la persona.
- También se usan para registrar información en las notas de evaluación, adoptar las derivaciones y garantizar una transición efectiva de cuidados.
- Sirve como referencia para la mejora de la calidad.

Limitaciones del diagnóstico enfermero.

- Un lenguaje impreciso en el diagnóstico puede <<etiquetar>> incorrectamente a una persona.
- La taxonomía en evolución puede limitar la práctica enfermera.

➤ TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

En esta etapa se establecen los objetivos centrados en la persona y los resultados esperados, se seleccionan los cuidados para conseguir los objetivos y resultados de los cuidados.

Etapas en el plan de cuidados:

- **Establecimiento de prioridades.** Se emplea un pensamiento crítico para establecer la prioridad de los diagnósticos según los deseos, las necesidades y la seguridad de la persona. Las prioridades se clasifican como altas, intermedias o bajas, depende de la urgencia del problema, o de la naturaleza del tratamiento.
- **Establecimiento de objetivos.** Proporcionan una guía para las intervenciones individualizadas y segundo formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones. Así mismo conllevar un esfuerzo hacia la prevención y la rehabilitación.

Los objetivos son de 2 tipos:

- **Objetivos a corto plazo.** Son los que dirigen el plan de cuidados inmediatos.
- **Objetivos a largo plazo.** Pueden ser más apropiados para la resolución de problemas después del alta. Estos objetivos se centran en la prevención, la rehabilitación, el alta y la educación para la salud.

Diseño de los cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería, son las acciones pensadas para ayudar a la persona a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Tipos de cuidados de enfermería:

- **Dependientes.** Son actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas ó interdisciplinarias.
- **Interdependientes.** Aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- **Independientes.** Actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta autorizada a atender, son actividades que no requieren la orden previa médica.

Tipos de planes de cuidados:

- **Individualizado.** Permite documentar los problemas de la persona, los objetivos del plan de cuidados y los cuidados de enfermería para una persona.
- **Estandarizado.** Protocolo específico de cuidados para personas que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico o una enfermedad.
- **Estandarizado con modificaciones.** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas de la persona, los objetivos del plan y los cuidados de enfermería.
- **Computarizado.** Requieren información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados.

➤ CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

Esta enfocada al inicio de aquella, cuidados de enfermería que ayudan a la persona a conseguir los objetivos deseados.

Pasos de la ejecución:

Preparación.

- Poseer la seguridad de tener conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.
- Recabar el material y equipo para cada cuidado.
- Proporcionar un ambiente seguro y agradable para la realización de cada actividad.
- Considerar las complicaciones al ejecutar cada actividad de enfermería.

Cuidados

Puede llevarse acabo los cuidados de enfermería independiente e interdependiente, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación de la persona, la familia y comunidad.

En cada cuidado, la enfermera es responsable tanto de los resultados emocionales, como de los resultados físicos por eso es necesario actuar con conocimiento de principios y razones.

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera, es un documento legal permanente del usuario y requisito indispensable en las instituciones de salud.

Cuyos propósitos son:

- Mantener informados a otros profesionales sobre los datos de valoración, cuidados y respuestas esperadas.
- Respaldo legalmente las actuaciones de enfermería.

➤ QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La evaluación es la última etapa del proceso atención de enfermería, que es una respuesta de la persona a los cuidados de enfermería y el grado de cumplimiento de los objetivos del cuidado, a través de un pensamiento crítico, en donde la enfermera aplica su conocimiento sobre el estado de la persona,

tiene en cuenta su experiencia previa con personas similares y revisa los datos obtenidos en la valoración inicial para analizar de forma crítica si el estado de la persona está cambiando. El pensamiento crítico dirige a la enfermera a analizar los datos de evaluación.

La evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Para ello la enfermera determina en que medida los objetivos tanto generales como específicos, o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del Proceso Atención de Enfermería.

También se evalúan los resultados esperados de la persona que contribuyen a definir la efectividad, eficiencia y la medición de los resultados, los cuidados y de la práctica de enfermería. El logro de estos resultados tiene el potencial de demostrar de forma específica de que forma los cuidados planificados puede mejorar la sensación de salud de la persona.

Así mismo para determinar si los cuidados de enfermería son apropiadas deben basarse en los estándares de cuidados para un problema de salud del cliente concreto. Este estándar es un mínimo grado de cuidados que asegura una calidad de cuidados elevada para la persona, y que definen los tipos de terapia que se suelen administrar a personas con problemas o necesidades definidas. Durante la implementación, la enfermera evalúa la respuesta del cliente durante e inmediatamente después del cuidado. Si la respuesta es favorable, la implementación continúa. Sin embargo los buenos resultados de la persona son el producto de todos los cuidados individuales y de las interacciones que se relacionan de manera directa o indirecta con la atención recibida por la persona, para lograr este

resultado se debe trabajar conjuntamente en equipos para identificar las oportunidades de forma prospectiva para mejorar la calidad de la atención o servicio.

Por último la evaluación de la atención es una responsabilidad profesional y constituye un componente crucial de la atención enfermera. A través de la evaluación continua de la atención, las enfermeras se encuentran en posición de mejorar la atención a la persona.

3.5. APARATO REPRODUCTOR DE LA MUJER⁶

Los órganos de la reproducción en mujeres son los ovarios, que producen oocitos secundarios y hormonas, como la progesterona y estrógenos (hormonas sexuales femeninas)), inhibina y relaxina; las trompas de Falopio u oviductos, que transportan los oocitos secundarios y óvulos fecundados al útero; el útero mismo, en que ocurre el desarrollo embrionario y fetal; la vagina y los órganos externos que conforman la vulva.

3.5.1. Genitales internos

OVARIOS

Los ovarios son un par de glándulas semejantes a almendras en forma, tamaño, homólogas (con el mismo origen embrionario) a los testículos del varón. Situados a uno y otro lado del útero, descienden hasta al borde de la porción superior de la pelvis durante el tercer mes de desarrollo prenatal. Sus dimensiones varían a lo largo de la vida de la mujer. Cada uno pesa de 6 a 10gr y tiene 1.5 a 3cm, de ancho 2 a 5cm de largo y 1 a 1.5cm de espesor.

Características histológicas de los ovarios.

Cada ovario comprende las partes siguientes:

- Epitelio germinativo, el cual es una capa de revestimiento simple (escamoso o cúbico bajo) que cubre la superficie del ovario y guarda continuidad con el mesotelio de recubrimiento del mesovario.
- Túnica albugínea, cápsula blanquecina de tejido conectivo denso irregular ubicada inmediatamente debajo del epitelio germinativo.
- Corteza ovárica, apenas debajo de la túnica albugínea, consta de tejido conectivo denso y contiene folículos ováricos.
- Médula ovárica, que se ubica debajo de la corteza está formada por tejido conectivo laxo y contiene vasos sanguíneos y linfáticos, así como nervios.
- Folículos ováricos, situados en la corteza, contienen oocitos en diversas etapas de desarrollo y células adyacentes. Cuando está última forman una sola capa, se denominan células foliculares, mientras que en etapas avanzadas de desarrollo, en que forman varias capas, se llaman células de la granulosa. Estas nutren a los oocitos en desarrollo e inician la secreción de estrógenos a medida que crece el folículo.
- Un folículo de deGraaf, maduro, grande y lleno de líquido, que pronto se rompe y expulsa un oocito secundario en el proceso llamado ovulación.

⁶ Gerard J. Tortora. Aparato Reproductor en: Libro Principios de Anatomía y Fisiología. pp. 999 – 1008.

- Cuerpo amarillo o lúteo, que contiene los residuos de un folículo de deGraaf ovulado. Sintetiza progesterona, estrógenos, relaxina inhibina hasta que se degenera y se convierte en tejido fibroso, el llamado corpus albicans.

TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS)

Las mujeres poseen dos trompas de Falopio u oviductos, que se extienden hacia los lados del útero.

Las trompas, miden unos 10cm de largo y se sitúan entre pliegues de los ligamentos anchos, transportan los oocitos secundarios y óvulos fecundados de los ovarios al útero.

La porción ahusada de cada trompa o infundíbulo, está cerca del ovario y se abre en la cavidad pélvica. Termina en prolongaciones digitiformes, las fimbrias, una de las cuales se fijan en el extremo lateral del ovario. Desde el infundíbulo, la trompa continua en sentido medial y luego inferior hasta insertarse en el ángulo lateral superior del útero. La ampolla de la trompa de Falopio es su porción mas ancha y larga a la que corresponden los dos tercios laterales de su longitud. El istmo del oviducto es la parte medial, corta, angosta y de pared gruesa que se une al útero.

Las trompas se componen de 3 capas:

- La interna es la mucosa, que posee células de epitelio cilíndrico ciliado, las cuales ayudan en el movimiento de óvulo fecundado (u oocito secundario) por la trompa y células secretoras, provistas de microvellosidades y que brindan nutrición al óvulo.
- La capa intermedia es la muscular, consiste en un anillo circular interno grueso de músculo liso longitudinal, y una región externa delgada de músculo liso longitudinal. Sus contracciones peristálticas y la acción ciliar de la mucosa contribuyen al desplazamiento del oocito u óvulo fecundado hacia el útero.
- La capa externa del oviducto es la serosa.

ÚTERO

El útero es parte del trayecto que siguen los espermatozoides para llegar a las trompas de Falopio, además de ser el sitio de la menstruación, implantación del óvulo fecundado, desarrollo embrionario y fetal durante la gestación y trabajo de parto. Situado entre la vejiga y el recto.

En mujeres que no han estado embarazadas mide unos 7.5cm de longitud, 5cm de ancho y 2.5cm de espesor, peso 40 a 50g.

Las divisiones anatómicas del útero son:

- 1) La porción en forma de domo situado en plano superior a la unión con las trompas de Falopio, o sea, el fondo.
- 2) La porción central ahusada, el cuerpo.
- 3) La parte inferior angosta, el cérvix o cuello del útero, que se abre en la vagina. Entre el cuerpo y el cérvix está el istmo, región constreñida de casi 1cm de longitud. El interior del cuerpo se denomina cavidad uterina y el del cérvix, conducto cervical.

El cuerpo del útero se proyecta en sentido anterosuperior sobre la vejiga, posición llamada anteflexión.

El cérvix lo hace en dirección inferoposterior y se comunica con la pared anterior de la vagina casi en ángulo recto. Varios ligamentos, que son prolongaciones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, mantienen al útero en su posición.

El par de ligamentos anchos se forman con repliegues dobles del peritoneo, que unen al útero con ambos lados de la cavidad pélvica.

El par de ligamentos uterosacros, que también son repliegues peritoneales se sitúan a ambos lados del recto y conectan al útero con el sacro.

Los ligamentos cardinales, se extienden en sentido inferior a la base de los ligamentos anchos, entre la pared pélvica, por un lado y el cérvix y la vagina, por el otro.

Los ligamentos redondos de l útero, son bandas de tejido conectivo fibroso situados entre las capas del ligamento ancho y que van desde un punto del útero apenas inferior a las trompas de Falopio hasta otro de los labios mayores, en los órganos genitales externos de la mujer. La inclinación posterior del útero se denomina retroflexión.

El útero comprende tres capas de tejido el perimetrio, miometrio y endometrio.

- El perimetrio es la capa externa o serosa, forma parte del peritoneo visceral y consiste en epitelio escamoso sencillo y tejido conectivo areolar. Hacia los lados, se convierte en el ligamento ancho. En plano anterior, cubre la vejiga y forma el fondo de saco vesicouterino, poco profundo, mientras que en sentido posterior cubre al recto y forma el fondo de saco rectouterino o fondo de saco de Douglas, profundo que es el punto más inferior de la cavidad pélvica.
- El miometrio, la capa intermedia del útero y que consta a su vez de 3 capas de fibras de músculo liso, es más gruesa en el fondo y más delgado en el cérvix. La capa media es la más gruesa y está formada de músculo liso circular, mientras que la interna y externa son longitudinales u oblicuos.
- El endometrio, está muy vascularizado y se compone de epitelio cilíndrico (células ciliadas y secretoras) interna que reviste la luz uterina, estroma endometrial con lámina propia muy gruesa (tejido conectivo areolar) y glándulas endometriales (uterinas), que se desarrollan como invaginaciones del epitelio luminal y casi llegan al miometrio.

- El endometrio se divide en:

- 1) Estrato funcional (capa funcional) de revestimiento de la cavidad uterina, que se desprende durante la menstruación.
- 2) Estrato basal (capa basal) más profundo, permanente y que origina un nuevo estrato funcional después de cada menstruación.

IRRIGACIÓN

La sangre oxigenada llega al útero por ramas de la arteria iliaca interna, las arterias uterinas. A su vez, éstas emiten las arterias arqueadas, ramas dispuestas de manera circular en el miometrio que se ramifican en arterias radiales, las cuales penetran de manera profunda en el miometrio.

Justo antes de que estas ramas entren en el endometrio, se dividen en dos tipos de arteriolas, las rectas, que proporcionan al estrato basal los materiales necesarios para regenerar el estrato funcional y las arterias espirales, que distribuyen sangre en el estrato funcional y cambian de manera considerable durante el ciclo menstrual.

La sangre sale del útero por las venas uterinas, que se vacían en las iliacas internas.

La abundante vascularización del útero es indispensable para sustentar el crecimiento del nuevo estrato funcional después de la menstruación, la implantación del óvulo fecundado y el desarrollo de la placenta.

VAGINA

Se trata de un órgano fibromuscular y tubular de 10cm de longitud con revestimiento de mucosa. Se sitúa entre la vejiga y el recto, se dirige en sentido posterosuperior hasta su unión con el útero. Un espacio llamado fondo de saco vaginal rodea dicha unión.

Consta de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, además de tejido conectivo areolar dispuesto en una sucesión de pliegues transversos, llamados arrugas.

Consta de tres capas:

- 1.- La mucosa vaginal contiene grandes reservas de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos. El entorno ácido consecuente retrasa la proliferación microbiana; pero también es nocivo para los espermatozoides.
- 2.- La capa muscular se compone de un revestimiento circular externo y otro longitudinal interno de músculo liso.

3.- La adventicia es la capa superficial de la vagina; comprende tejido conectivo

areolar y fija la vagina a órganos adyacentes, como la uretra y vejiga en el plano

anterior y el recto y conducto anal en el posterior.

En el extremo inferior del orificio de la vagina, que se abre al exterior, existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada, el himen, que forma un borde alrededor del orificio y lo cierra parcialmente.

3.5.2. Genitales externos

VULVA

Comprende las partes siguientes:

- En el plano anterior a los orificios de la vagina y uretra, se localiza el monte de venus, prominencia de tejido adiposo cubierto con piel y vello púbico grueso que sirve de acojinamiento a la sínfisis del pubis.
- Desde el monte de venus, se extienden en sentido posteroinferior dos pliegues longitudinales de piel los labios mayores.
- En sentido medial a los labios mayores están otros dos pliegues de piel más pequeños, los labios menores.
- El clítoris es una masa cilíndrica de tejido eréctil y nervios situada en la unión anterior de los labios menores. Una capa de piel, el prepucio se forma en el punto donde se unen los labios menores y cubre al cuerpo del clítoris.
- La región situada entre los labios menores es el vestíbulo.
- El orificio de la vagina, que es su abertura al exterior ocupa la mayor porción del vestíbulo y está delimitado por el himen. En el plano anterior al orificio de la vagina y posterior al clítoris, está el meato urinario externo, la abertura de la uretra al exterior. A ambos lados de dicho orificio, se observan las aberturas de los conductos de las glándulas parauretrales o glándulas de skene, que secretan moco y están incluidas en la pared de la uretra. A ambos lados del orificio vaginal mismo se localizan las glándulas vestibulares o glándulas de Bartholin, que se abren mediante conductos en un surco existente entre el himen y los labios menores.

PERINE

El periné es un área en forma de rombo, situado en forma medial a los muslos y glúteos en ambos géneros, que contiene los órganos genitales externos y el ano.

Una línea transversa, que se traza entre las tuberosidades citadas, divide al periné en triángulo urogenital anterior, que contiene los órganos genitales externos y triángulo anal posterior, que incluye al ano.

3.6. PUERPERIO FISIOLÓGICO⁷

3.6.1. Concepto

Es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregravidico.

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento hasta 45-60 días del pos parto.

Se desarrollan conductas psicológicas que suponen un proceso de adaptación y a la creación de lazos afectivos con el neonato.

3.6.2. Etapas del puerperio

Se ha establecido una duración entre seis-siete semanas y se ha dividido clásicamente en:

- Puerperio inmediato: las primeras 24hrs.
- Puerperio mediato: desde al anterior hasta 8 días.
- Puerperio tardío: 8 semanas.

En el periodo del posparto inmediato, el útero continua con fases de contracción y relajación alternas, hasta que alcanza un estado de contracción, fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de Pinard.

Este periodo puede durar 1, 2, 3 y a veces hasta 24hrs y durante él, se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonía uterina posparto, pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran en la contracción.

Se observa a la paciente reposando, discretamente pálida y diaforesis, por el gran esfuerzo que acaba de realizar, tiene cierta laxitud muscular y puede presentar un escalofrío fisiológico transitorio, probablemente ocasionado por la resorción súbita de los alimentos proteicos procedentes de, los tejidos necróticos del útero.

⁷ Félix Ramírez Alonso. Sección II en: Puerperio Fisiológico. en: Libro Obstetricia para la Enfermera Profesional. El Manual Moderno. 2002 pp. 181 – 188.

También puede ser por el gran flujo de sangre que hay desde los territorios periféricos, a los plexos vasculares abdominales, que quedan descomprimidos después del parto.

En la segunda etapa o etapa del puerperio mediato, el útero ya ha alcanzado su estado de contracción fija, permanente e irreversible, generalmente dura de 5 a 10 días. En él ocurre bradicardia y fiebre fisiológica transitoria y ocurre también la cicatrización de las heridas.

En esta etapa del puerperio, pueden infectarse las heridas abiertas y expuestas a la agresión bacteriana, puede haber problemas con el estreñimiento intestinal o con el retaso de la primera micción.

Cuando el útero esta reduciendo su tamaño, cuando se pueden presentar los llamados entuertos, que son cólicos hipogástricos, producidas por las contracciones uterinas dolorosas, esporádicas y necesarias para expulsar los coágulos o loquios retenidos dentro de la cavidad uterina. Normalmente, en este tiempo los cólicos son serohemáticos.

Es también en esta etapa, cuando ocurre la instalación de la secreción láctea.

Al segundo, tercero o cuarto día del parto viene el crecimiento de los senos, el dolor, la congestión sanguínea y linfática, la congestión láctea, el aumento de la temperatura local y el establecimiento de la secreción de leche; a partir de este momento, la mama produce leche y esta producción va ha ser tanto mayor, mientras menor sea la nutrición de la mujer, con buen aporte de líquidos y mientras mayor sea la frecuencia e intensidad, con que efectuó el recién nacido, la succión sobre el pezón.

En relación con los mecanismos necesarios para el mantenimiento de la lactancia, se pueden dividir en factores mecánicos y factores hormonales.

- FACTORES MECÁNICOS

La glándula mamaria en la mujer no posee ningún reservorio o cisterna, por lo que es necesario que el recién nacido vacíe completamente las mamas en cada tetada, un lactante normal, aproximadamente a los 5 min. de la puesta al pecho, vacía el 30 a 50% de su contenido, y a los 10min. está completamente vacía la glándula, suprimir una tetada supone disminuir la producción. Por el contrario, practicar un supervaciamiento provoca un aumento de la secreción de 15 a 20%.

- FACTORES HORMONALES

La estimulación del pezón por el recién nacido, produce la liberación de prolactina y oxitocina. La llegada a la glándula mamaria de estas hormonas, se produce por vía sanguínea, a través del denominado reflejo de eyección.

La excitación mecánica del pezón se transmite por vía nerviosa a través de la medula espinal, llegando la información a la hipófisis posterior, con la consiguiente secreción de oxitocina. Esta hormona estimula la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alvéolos, provocando la eyección de leche a través del pezón.

Los picos de secreción de prolactina van disminuyendo con los días. A los 60 días del parto son prácticamente nulos y la lactopoyesis se mantiene únicamente por los estímulos mecánicos.

La dieta de la puérpera posparto eutócico, debe ser a base de una alimentación normal con líquidos abundantes y preferentemente rica en residuo, con fibras vegetales. Si la mujer fue sometida a cesárea, se puede iniciar dieta líquida en las primeras 12hrs y si las condiciones de la paciente lo permiten, es decir, que no presente náuseas, vómitos, ni distensión abdominal y que el peristaltismo esté presente, se instalará dieta blanda en las primeras 24hrs y posteriormente, dieta normal.

La actividad, física en el puerperio posparto eutócico, se recomienda la deambulación precoz, porque disminuye la incidencia de tromboflebitis y favorece la cicatrización de las heridas, la involución uterina es más rápida; y la micción y evacuación son más precoces.

Además de la deambulación precoz, es muy conveniente aconsejar la práctica de ejercicios especiales que movilicen los miembros inferiores y los músculos abdominales y respiratorios.

El baño de la mujer puérpera debe ser diario, realizado bajo regadera y los aseos genitales locales, debe ser solo externos, utilizando una solución antiséptica débil.

3.6.3. Modificaciones generales

La mujer puérpera, sobre todo la que está amamantando, presenta una disminución de las grasas sanguíneas, ya que ellas intervienen en la composición de la leche materna. Los hidratos de carbono, están aumentados en los dos primeros días del puerperio, pero luego rápidamente, recuperan sus niveles sanguíneos normales.

La temperatura de la mujer puérpera es de 36.5 a 37 °C; es decir, una temperatura normal. Pero en las primeras 24hrs del puerperio se puede

presentar una elevación térmica hasta de 38 °C que es transitoria y que se explica por la resorción de tejidos necrosados y el almacenamiento de catabolitos en el organismo.

En la piel de la mujer puérpera, en las primeras horas del puerperio, se aprecia una diaforesis marcada, que le sirve al organismo para eliminar en parte, la hidremia circulatoria, que tenía durante el embarazo.

En el sistema muscular, en las primeras horas del puerperio, la mujer se aprecia con una gran laxitud, en una especie de reposo compensador; está cansada, agotada por el gran esfuerzo que realizó en el parto. Su pared abdominal esta flácida e inclusive, puede llegar a presentar una diástasis o separación de los músculos rectos abdominales, que es persistente.

En el aparato cardiovascular, el corazón rápidamente retoma su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón. En las primeras 24hrs puede presentarse bradicardia y bradisfigmia, que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa por predominio del parasimpático.

A este vagotonismo parece contribuir la descompresión brusca que sufren los plexos nerviosos y vasculares del abdomen, y el gran flujo de sangre que existe hacia esos plexos abdominales, de tal manera que la sangre fluye súbitamente en gran cantidad y de esta manera circula en menor cantidad por la víscera cardiaca y por el resto de los territorios periféricos del sistema circulatorio.

En el aparato respiratorio, no se aprecian alteraciones de importancia, pero subjetivamente la paciente se siente mas aliviada para llevar a cabo sus movimientos respiratorios, sobre todo ahora que el útero desocupado ya no ejerce presión sobre los campos pulmonares.

En el aparato digestivo y debido a los componentes musculares de fibra lisa, existe cierta hipotonía muscular, sobre todo en el intestino grueso y en el intestino delgado; esto ocasiona un retardo en el transito intestinal con estasis de materia fecal y fenómenos de estreñimiento, que en algunas ocasiones, se pueden prolongar por los fenómenos psíquicos y dolorosos, que dejaron el paciente los traumatismos del parto en esa región.

Los riñones siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 a 2000ml en 24hrs.

A nivel del sistema endocrino, cabe señalar que al final del embarazo se presentó una caída brusca de estrógenos y de progesterona y entonces la hipófisis se ve liberada de la acción inhibitoria de los estrógenos, empieza a funcionar normalmente y a secretar una mayor cantidad de prolactina y eso va a determinar, después del parto, la aparición de la secreción láctea en las glándulas mamarias, que necesariamente tuvieron que ser estimuladas con estrógenos y progesterona durante la gestación.

3.6.4. Modificaciones locales

Útero: El útero postparto generalmente tiene una longitud de 19cm una anchura de 12cm y un peso aproximado de 2kg.

Tiene una consistencia de músculo contraído, con periodos de relajación y contracción, con su fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical, pues el cuerpo uterino no se puede equilibrar sobre los cuerpos vertebrales.

El escurrimiento que procede de la cavidad uterina después del parto, recibe el nombre de loquios y tienen características particulares, según los días transcurridos del puerperio: en los 2 a 4 primeros días son francamente hemáticos, enriquecidos con leucocitos, están constituidos por sangre, secreciones y restos necróticos de la decidua, fundamentalmente de la zona de inserción placentaria y tiene un olor *sui generis*. En los 5 a 6 días son serohemáticos y en los últimos 6 a 7 días son serosos.

La duración de los loquios en las mujeres lactando es más breve, porque la cicatrización del endometrio es más rápida y se lleva a cabo a expensas de los restos de la capa esponjosa, de donde se repara el epitelio de la capa compacta con el epitelio glandular y se calcula que esta reparación tardara 3 a 4 semanas.

Los órganos intrapélvicos, poco a poco desaparece la inhibición serosa, las trompas reducen sus dimensiones y recuperan su espesor normal y el peristaltismo empieza a realizarse nuevamente, ya que esta casi totalmente abolido durante el embarazo.

La vagina y el perineo recuperan sus dimensiones y su tono normal, aunque por supuesto, la vagina no va a recuperar íntegramente ni su forma, ni su consistencia ni sus dimensiones después de haber sido circundada por un feto y se queda con algunas características diferenciales.

3.7. PREECLAMPSIA⁸

3.7.1. Concepto

La preeclampsia es una patología que complica un 6-8% de todas las gestaciones en humanos. Suele producirse en cualquier momento después de la semana 20 de gestación.

Se define como una triada de elevación de la presión arterial, proteinuria y edema durante el embarazo.

Hipertensión. Aumentos de cuando menos 30mmHg de presión sistólica o 15mmHg de presión diastólica o más, sobre los valores basales establecidos antes de la semana 20 de embarazo. Se define como hipertensión del embarazo presiones de 140/90 o mayores.

Proteinuria. Debe de ser mayor de 1g/L en orina. Se considera como evidencia clínica de retención hídrica sobre el nivel de la rodilla. Su elevación clínica va destinada básicamente en seis sistemas: sistema nervioso central, riñones, hígado, sistema hematológico, vascular y unidad fetoplacentaria.

Edema. Presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular, de predominio vespertino, esta precedido por un aumento excesivo de peso por retención de agua y no guarda un paralelismo exacto con la gravedad del padecimiento.

⁸ Chamy Verónica. Preeclampsia y Stress Oxidativo en: Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2001; 66(5): 439.

3.7.2. Clasificación⁹

1. Preeclampsia leve
2. Preeclampsia severa
3. Eclampsia
4. Síndrome de HELLP
5. Preeclampsia recurrente
6. Enfermedad hipertensiva no clasificable

1.- Preeclampsia leve

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- Presión sistólica mayor o igual a 140mmHg o elevación mayor o igual a 30mmHg sobre la habitual.
- Presión diastólica mayor o igual a 90mmHg o elevación mayor o igual a 15mmHg sobre la presión habitual.
- Presión arterial media mayor o igual a 106mmHg.
- Proteinuria menor de 3gramos en orina de 24hrs.
- Edema persistente de de extremidades o cara.

La medición de las cifras tensionales deberá realizarse con la mujer sentada y requiere de 2 tomas consecutivas con intervalo de 6hrs.

2.- Preeclampsia severa

Se considera la existencia de preeclampsia severa, cuando posterior a la semana 20 de gestación 2 o más de los siguientes signos:

- Presión sistólica igual o mayor a 160mmHg.
- Presión diastólica igual o mayor a 110mmHg.
- Presión arterial media mayor a 126mmHg.
- Proteinuria mayor a 3grs en orina de 24hrs.

3.- Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando, posterior a la semana 20 de gestación o en el puerperio (no más de 14 días) se presentan convulsiones o estado de coma acompañados de hipertensión arterial, edema o proteinuria.

4.- Síndrome de HELLP

Se establece el diagnóstico, cuando a una mujer con enfermedad hipertensiva inducida por embarazo, se le agrega hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria.

⁹ Carlos Quesnel García Benítez, Ma. Teresa Leis Márquez. Estados Hipertensivos del Embarazo en: Libro Ginecología y Obstetricia Aplicadas. JGH editores 2000 pp. 99 – 100.

El síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta de plaquetas:

- Tipo I. Cuando la cuenta plaquetaria es menor a 50,000 células 1mm.
- Tipo II. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 50,000 y 100,000 células 1mm.
- Tipo III. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 100,000 y 150,000 células 1mm.
- Tipo IV. Cuando el síndrome aparece en el puerperio.

5.- Preeclampsia recurrente

Se refiere a la presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que se presenta por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos.

6.- Enfermedad hipertensiva no clasificable.

Situación que establece la imposibilidad de ubicar claramente la clasificación de la entidad, ya sea por carecer de elementos necesarios o bien por haberse instituido tratamiento previo a su estadificación.

3.7.3. Factores de riesgo¹⁰

Específicos maternos {

- Historia previa de preeclampsia
- Edad materna
- Primigestas adolescentes < 16 años -14%
- Mayor de 35 años-35%
- Historia familiar (Hermanas o madre 24-38%)

Patologías de base {

- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal
- Obesidad,
- Bajo peso materno al nacer
- Diabetes Gestacional o Mellitus tipo 1

Factores exógenos {

- Tabaquismo
- Estrés, tensión psicosocial relacionada con el trabajo

¹⁰ Cabero Roura Luís. Prevención y Tratamiento de los Estados Hipertensivos del Embarazo, en: Libro Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Medica Panamericana. 2003 pp. 631.

Asociados a la gestación {

- Gestación múltiple
- Infección al tracto urinario
- Anomalías congénitas estructurales
- Anomalías cromosómicas (Trisomía 13, triploidía)
- Mola hidatiforme

A lo largo de los años se han postulados muchas teorías, pero la causa final sigue siendo desconocida.

3.7.4. Teorías de la preeclampsia¹¹

La mayor parte de las teorías llegan a través de la invasión deficiente del trofoblasto en las arterias espirales, a la hipoperfusión del flujo útero-placentario y la mala adaptación inmune contempla que el aumento de los radicales de oxígeno conduciría directamente al daño endotelial o indirectamente a través del aumento de las lipoproteínas.

A partir de este hecho cuyas causas se están estudiando hoy, se produce un doble efecto, que se explican a continuación las siguientes teorías:

- Oxido Nítrico Sintasa Endotelial (NOSe). La NOSe es la enzima encargada de sintetizar el NO a nivel endotelial. Se ha descrito un poliformismo común en el exon 7 del gen que codifica para la NOSe, donde un cambio de Guanina por Tiamina en la posición 894 del gen, lleva a la sustitución del aminoácido ácido glutámico por ácido aspártico en el residuo 289 de la enzima madura.
- Factor V de Leiden. En la preeclampsia ocurre una marcada activación del sistema de coagulación, que asociada a la lesión endotelial genera un estado de hipercoagulabilidad, que lleva a la formación de trombos en la placenta. La resistencia a la activación anticoagulante de la proteína C, mas frecuentemente debida a la mutación, representa la causa genética más común de trombofilia.
- Angiotensinogeno (AGT). El angiotensinogeno es el precursor de la hormona vasoactiva Angiotensina II la cual es muy importante en la regulación de la presión sanguínea, del volumen de fluidos corporales y en la remodelación vascular.

¹¹ Serrano Díaz Norma Cecilia. Bases Genéticas y Moleculares de la Preeclampsia en: MEDUNAB 2002:5(15): 188-190.

A esta hormona se le entregan propiedades mitogénicas sobre las células

musculares lisas y se le ha adjudicado un posible papel aterogénico en diferentes tejidos.

- Lipoprotein Lipasa (LPL). Esta enzima se encarga de la transformación de los triglicéridos de los quilomicrones y las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), aglicerol y ácidos grasos libres, para su metabolismo final. En la preeclampsia hay concentraciones plasmáticas elevadas de lípidos asociado a bajos niveles de colesterol HDL, se relacionan con un aumento de la peroxidación lipídica y por ende estrés oxidativo, siendo esta una causa importante de disfunción endotelial.

3.7.5. Bases fisiopatológicas de la preeclampsia¹²

Las diferentes investigaciones están de acuerdo en considerar que el proceso fisiopatológico central se caracteriza: por vasospasmo, hipertensión y diferentes grados de alteración en la perfusión de los órganos vitales, particularmente la unidad feto-placentaria, a continuación se describen las bases fisiopatológicas de las manifestaciones clínicas de la preeclampsia:

- Homeostasis

En el primer trimestre el volumen sanguíneo se incrementa, expandiéndose hasta en un 40% en la 30 semana. Se debe a un aumento del volumen eritrocitario, al tiempo que se observa un aumento del volumen plasmático, secundario a cambios en el sistema renina-angiotensina-aldosterona. La liberación de renina inicia una serie de eventos que resultan en retención de sodio y agua, con la consecuente expansión del volumen plasmático.

En las pacientes con preeclampsia severa, especialmente con proteinuria se observa una disminución del volumen plasmático, con la consecuente hemoconcentración y aumento de la viscosidad sanguínea.

Esta hiperviscosidad puede resultar en una disminución del flujo útero-placentario, trombosis, infartos placentarios y retardo del crecimiento intrauterino.

- Función renal

¹² <http://bvs.Insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/0998/arti.htm>.

En el embarazo normal, el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular aumentan alrededor del 50% desde las primeras etapas de la gestación.

En razón de este aumento de la función renal y del volumen plasmático, las concentraciones normales gestacionales de urea, creatinina y ácido úrico en la sangre son más bajas que las normales.

En las pacientes con preeclampsia presentan una disminución de la perfusión y del filtrado glomerular de grado leve a moderado, expresado por un aumento de la creatinina y del ácido úrico.

La endoteliosis glomerular (edema de células endoteliales con depósitos de fibrina) es considerada una alteración histopatológica patognomónica de la preeclampsia.

- Sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Este sistema juega un papel importante en el control del tono vascular y de la preeclampsia.

La renina no ejerce efectos presores por si misma sino que cataliza la transformación del angiotensinógeno en angiotensina I (Agl.) y esta, por la acción de la enzima convertidora, se transforma en AgII, un potente agente vasopresor, que interactúa con receptores específicos e induce vasoconstricción y estimula la producción de aldosterona con la consecuente retención de sodio y agua. Además, facilita la liberación e inhibe la recaptación de norepinefrina en las terminaciones nerviosas simpáticas, aumentando la reactividad del músculo liso vascular a la norepinefrina.

- Alteraciones hematológicas

La preeclampsia esta asociada a vasoespasmo, activación de la coagulación y alteraciones de la hemostasia.

La hemólisis microangiopática se caracteriza por la presencia de hematíes crenados en el frotis de sangre periférica.

Otras características que pueden estar presentes son:

- 1) Anemia regenerativa (con aumento de reticulocitos)
- 2) Aumento de la bilirrubina indirecta
- 3) Ictericia acolúrica (donde la ictericia es secundaria al aumento de la bilirrubina indirecta y es acolúrica porque la ictericia depende del aumento de la bilirrubina indirecta y no de la directa).

Las alteraciones de la hemostasia se traducen clínicamente por aumento del sangrado y hemorragia intracraneala, e incluyen:

1) Daño endotelial. Activa la agregación plaquetaria, produce vasoespasmo y alteraciones de la permeabilidad vascular.

2) Alteraciones plaquetarias. El daño endotelial produce activación de las plaquetas y liberación de fibronectina. Esta es una glicoproteína de alto peso molecular que se encuentra presente en las células endoteliales y actúa en la inflamación, crecimiento y en la homeostasis y reparación de las superficies donde se produjo un daño endotelial. Además la beta-tromboglobulina y el factor 4 plaquetario son proteínas específicas de las plaquetas, y su presencia en el plasma indica agregación plaquetaria con deagregación secundaria.

3) Alteraciones de los factores inhibidores de la coagulación. Hay una disminución de la concentración de antitrombina III, que es un potente inhibidor de la trombina, hecho que actúa como activador de la coagulación.

4) Alteraciones de la fibrinólisis. Hay un déficit de alfa-2 antiplasmina que es un inhibidor de la plasmina. Esta última es la que transforma el fibrinógeno y la fibrina en productos de degradación de la fibrina.

- Inmunológica

La baja antigenicidad del tejido trofoblástico, el revestimiento superficial de sialomucina que recubre los antígenos trofoblásticos y la presencia protegen al feto del rechazo materno. En el embarazo normal la exposición materna a los antígenos fetales genera anticuerpos que bloquean la reactividad a los antígenos paternos, pero en la preeclampsia cuando los antígenos maternos y paternos son similares, suele haber insuficiente estimulación antigénica para la producción de anticuerpos bloqueantes.

- Hígado.

La lesión vascular a nivel hepático conduce al desarrollo de la preeclampsia grave. La alteración más habitual es una necrosis hepatocelular con depósitos de fibrina que conduce a la característica de elevación de transaminasas.

3.7.6 Complicaciones¹³

RIESGOS MATERNOS

- Convulsiones (eclampsia).
- Hemorragia cerebral.
- Desprendimiento de placenta.
- Edema pulmonar.
- Fallo renal.
- Hemorragia hepática.

RIESGOS FETALES

- Hipoxia.
- Acidosis.
- Prematuridad.
- Muerte fetal.
- Secuelas neurológicas graves.

3.7.7. Datos de laboratorio

- Elevados los valores de hemoglobina y hematocrito a causa de hemoconcentración, puede haber anemia secundaria a hemólisis.
- Disminución de los factores de coagulación.
- Ácido úrico elevado 6mg/dl.
- Creatinina sérica es 0.6 a 0.8mg/dl.
- La bilirrubina suele estar por debajo de 5mg/dl y la SGOT debajo de 500UI
- Fosfatasa alcalina puede incrementarse 2 a 3 veces.
- Normales glucosa y Electrolitos séricos.

3.7.8. Tratamiento¹⁴

Efectuado el diagnóstico, debe llevarse a cabo un tratamiento definitivo; se conoce que lo mejor es la interrupción del embarazo, ya que es la única medida que mejora la enfermedad.

¹³ Cabero Roura Luis. Estados Hipertensivos del Embarazo. en: Libro Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Medica Panamericana. 2003 pp. 625 - 627.

¹⁴ Ahued Ahued José Roberto. Embarazo de Alto Riesgo Enfermedades que complican el embarazo. en: Libro Obstetricia y Ginecología Aplicadas. JGH editores 2000. pp. 101 – 103.

Para que está se lleve a cabo debe tomarse en cuenta la seguridad para la madre, el nacimiento de un producto vivo y maduro que necesite las menores medidas intensivas de atención neonatal.

El tratamiento expectante o la interrupción del embarazo inmediato se debe basar en:

- 1.- Severidad de la patología
- 2.- Condiciones obstétricas
- 3.- Edad gestacional
- 4.- Estado materno
- 5.- Estado fetal

En los casos que no exista urgencia obstétrica o trabajo de parto y se pueda prolongar la gestación con un manejo activo, este deberá ser siempre y cuando:

- 1.- Las cifras tensionales sistólicas sean menores a 180mmHg y la diastólica menor a 110mmHg.
- 2.- Las pruebas de Función Hepática, Coagulación y Biometría Hemática normales.
- 3.- Ausencia de alteraciones del estado de conciencia o síndrome vasculoespasmódico, hiperreflexia.

Interrupción de la gestación

De no existir datos de descompensación y una buena evolución, el embarazo no deberá prolongarse después de las 36 semanas y deberá evaluarse las condiciones obstétricas para tomar la decisión de la vía de nacimiento.

Indicación materna-fetal

- 1.- Elevación de la creatinina sérica de 1mg/dl en relación a la cifra basal.
- 2.- Elevación del ácido úrico en sangre de 1mg/dl en 24hrs o por arriba de 10mg/dl independiente del valor previo.
- 3.- Descontrol de las cifras tensionales.
- 4.- Oliguria menor a 20ml/h.
- 5.- Datos cardiotocográficos de baja reserva fetal.
- 6.- Oligohidramnios severo.

Tratamiento farmacológico

Inicialmente deberá administrarse una solución de dextrán al 40%, 100ml/hr, para 3horas, con la intención de expandir el volumen y con ello romper el vasoespasmo que se presenta.

El uso de antihipertensivos:

1.- Metildopa. Una dosis de 250mg aminora la presión arterial en término de 2 a 4hrs con un efecto máximo entre 4 y 8hrs que persiste hasta 12hrs.

Existe un grado de bradicardia y el gasto cardiaco no se altera; el efecto por el cual disminuye la presión parece depender de una disminución de las resistencias periféricas después de aminorar los impulsos simpáticos.

Existen efectos adversos en la gestante, siendo los mas comunes: sedación, congestión nasal, depresión e hipotensión postural.

2.- Hidralazina. Actúa en forma directa en la pared del vaso y para producir su efecto se necesita que el endotelio esté intacto; su mecanismo pudiera ser inmediato por las prostaglandinas y el decremento de la presión se lleva a cabo por una vasodilatación; sus efectos adversos son la taquicardia, la hiperemia, congestión nasal, temblores, cefalea, náuseas y vómitos.

Su empleo debe limitarse a lapsos breves porque su uso prolongado estimula el sistema renina-angiotensina-aldosterona, disminuyendo la presión de riego de riñones, aumentando la retención de líquidos y disminuyendo su efecto hipotensor agravando las condiciones maternas.

Se recomienda a dosis de 50mg, vía oral, cada 6hrs.

Simultáneamente se han usado medicamentos que permiten efectuar preventivamente antiedema cerebral como es la dexametasona, difenilhidantoina y sulfato de magnesio como medicación anticonvulsivante.

3.7.9. Cuidados de enfermería¹⁵

Es importante llevar acabo en el cuidado de enfermería una monitorización estricta, tanto de la persona como del producto, verificando signos que puedan dar paso a la finalización de la gestación, o bien si no existen criterios de gravedad continuar la gestación. Así mismo evitar actividades o situaciones estresantes que puedan alterar su estado físico y mental. Monitorizar la evolución de la presión arterial y tomar decisiones individualizadas. Por último proporcionar apoyo emocional y psicológico, ya que son esenciales para ayudar a la persona en este trance.

¹⁵ Deitra Leonard Lowdermilk. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. en: Libro Enfermería Materno Infantil. 6ª Edición. Harcourt / Océano. pp. 741-745.

Los cuidados de enfermería son los siguientes:

- Se comienza con la monitorización materna y fetal
 - Al ingreso se determina el peso y todos los días
 - Las valoraciones básicas de laboratorio abarcan estudios metabólicos de enzimas hepáticas, perfil de coagulación, electrolitos para determinar el funcionamiento renal.
Deben reducirse los ruidos y los estímulos externos
 - Reposo absoluto
 - Una monitorización estricta de los líquidos intravenosos, el consumo oral y la diuresis es importante para prevenir la sobrecarga de líquidos.
 - Limitar el número de visitas.
 - Mantener a la persona en posición decúbito lateral izquierdo para disminuir la presión sobre la vena cava, con lo que aumenta el retorno venoso, el volumen circulatorio y la perfusión tanto placentaria como renal.
-
- Medidas de precaución en el hospital:
Ambiente
Tranquilo
Sin estímulos
Luz tenue
-
- Precauciones en caso de convulsiones:
Colocar barandales y almohadas laterales
Equipo de aspiración listo para usar
Equipo de administración de oxígeno listo para usar
Botón de llamada al alcance de la mano
Medicamentos de urgencia de acceso inmediato
Paquete de parto de urgencia accesible

CUIDADOS TERAPÉUTICOS¹⁶

-Información y apoyo. Es necesario atender a la mujer a través de la información adecuada, hacerle comprender la importancia del problema su carácter evolutivo, las repercusiones sobre la madre y el bebé y la utilidad de los cuidados propuestos para evitar todos esos problemas.

La enfermera debe discutir con la mujer y su pareja los sentimientos de temor por el feto actual y los futuros, de ansiedad, de aburrimiento o de preocupación por el conflicto familiar.

-Cuidados clínicos. Se vigila la complicación de los signos y síntomas capitales, sobre todo la presión arterial, los edemas y la proteinuria.

¹⁶ Donat Colomar Francisco. Alteraciones del Tercer Trimestre. En: Libro Enfermería Maternal y Ginecológica. Masson 2001. pp. 266, 267.

Durante el puerperio, el riesgo de agravamiento y de aparición de crisis convulsivas persiste durante las primeras 48hrs del puerperio. Por ello hay que someter a la mujer a una estricta vigilancia de la presión arterial, que se debe medir cada 4horas, para la valoración de las pérdidas sanguíneas debe tenerse en cuenta que la hipertensión inducida por el embarazo produce hipovolemia y por ello una hemorragia pequeña puede tener repercusiones hemodinámicas.

En este sentido, es de gran valor el registro de la frecuencia cardiaca y el control de la diuresis.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE ENFERMERÍA

1.- NECESIDAD: ALIMENTACIÓN

A su ingreso la señora pesa: 84kg y mide: 1.55cm, su Índice De Masa Corporal (IMC) es 35.4.

Buen aspecto de piel y mucosa. En casa sigue una alimentación regular en cantidad y calidad, dentro del grupo de alimentos que ella consume son: 1.- Frutas y Verduras, las frutas (papaya, melón, guayaba, plátano y manzana), estas las consume de 1 a 2 raciones diariamente, las verduras son: (brócoli, chayote y acelgas), también las consume diariamente. 2.- Las Leguminosas, los frijoles menciona que son los más frecuentes durante toda la semana, los cereales refiere que son muy pocas veces que los consume, porque tiene intolerancia a los lácteos, por lo tanto los lácteos son insuficientes en su alimentación. 3.- El Pan blanco lo come diario, de 2 a 3 raciones al día. 4.- Las Carnes no son de su agrado.

Tiene una inadecuada ingesta de líquidos, ingiere 500ml/día, refiere que es escasa porque tiene que ir con frecuencia al baño.

Manifiesta estar preocupada por su sobrepeso y confusa de qué alimentos puede comer con frecuencia y cuales no, se la menciona que se le orientara al egreso de los alimentos que puede consumir en moderadas cantidades.

2.- NECESIDAD: SEGURIDAD

Conciente y orientada. A tiende a todo lo que se le explica y a pesar de sentirse ansiosa por los procedimientos que se le realicen a ella y a su bebe, se le menciona que todo procedimiento tanto para ella como para su bebe se le explicaran antes de realizarlos.

Además refiere la solicitud de ayuda para levantarse fuera de cama e ir al baño, ya que se siente insegura por la herida quirúrgica y con dolor de la misma, para disminuir el dolor se administra: (Bipasmin Compuesto 1 ampula, Intravenosa, cada 6horas), para ello se permanece al lado de ella, se le coloca todo el material necesario al alcance de ella, además se le informa que están adaptadas medidas de seguridad en el cuarto de baño para evitar el riesgo de caídas

3.- NECESIDAD: ELIMINACIÓN

Ritmo intestinal. Refiere la señora que durante el embarazo sus heces fueron de características normales, la frecuencia 2 veces al día. Durante la hospitalización refiere dificultad para evacuar, por indicación médica se le ministra laxante (Laxoberon 1 tableta vía oral dosis única), posteriormente canaliza gases y presenta una evacuación.

Eliminación urinaria. Menciona que en el mes de mayo y junio, presentó una infección de vías urinarias, tratada con amikacina y abundantes líquidos, que posteriormente cede la infección confirmada con un examen general de orina. Las características de la orina (color claro, olor no fétido) y la frecuencia refiere que son muchas veces.

A la estancia hospitalaria presenta exceso volumen de líquidos a la palpación presenta edema de miembros inferiores de +, pero tiene una sonda foley no. 14 que le colocaron en el transoperatorio, por lo que se lleva a cabo un estricto control de líquidos realizándose por turno, obteniéndose un resultado en el 1er día 670ml y el 2do día 2100ml aproximadamente, porque posteriormente se retira la sonda foley.

A continuación describen exámenes de laboratorio:

- Examen General de Orina
 - Aspecto turbio color: paja
 - Sedimento pH: 5.0
 - Densidad 1.010

- Examen del sedimento
 - Células: escasas
 - Bacterias: regular
 - Cristales: urato amorfo

- Depuración de creatinina
 - Creatinina en suero: 0.6mg/dl
 - Creatinina en orina: 95.8mg/dl
 - Volumen: 600ml
 - Tiempo: 1440.00min

- Microalbumina
 - Microalbumina: 0.82mg/dl

4.- NECESIDAD: TERMORREGULACIÓN

La señora cursa sus primeras 24 horas de puerperio, existiendo un factor de riesgo el cual elevara la temperatura hasta 38°C, por existir una incisión abdominal ya que está es un sitio común para la infección y como medida profiláctica se administra antibiótico indicado por el medico: (Keflin 1gr Intravenoso cada 12 horas).

Mantuvo una temperatura de 36.5°C durante su estancia hospitalaria, refiriendo sentirse incomoda por el uso de una ropa inadecuada manifestando sensación de frío.

5.- NECESIDAD: REPOSO/SUEÑO

Su patrón normal de sueño es de 7 horas diarias, con una siesta de 1 hora despertándose, descansada y relajada. En relación con su hospitalización la señora presenta un sueño discontinuo y por lo tanto también, se ve alterado su descanso. La alteración de este patrón está relacionada con sus experiencias de salud, el ambiente hospitalario y por la presencia de familiares e interrupciones para la toma de signos vitales, manifestándolo por enojo, por lo que se toman estrategias para favorecer el sueño y la relajación, estableciendo un horario para las visitas familiares, los procedimientos realizados y así mismo no limitar las siestas durante el día. Solo se coloca al alcance el timbre para lo que se ofrezca.

6.- NECESIDAD: MOVILIZACIÓN

Autónoma. Alineación corporal correcta. La señora acostumbra a dar paseos los fines de semana con su familia.

Posterior a la cirugía realizada, la señora se mantiene en reposo absoluto por lo que se ve afectada esta necesidad de movilización ya que no le es fácil realizar movimientos a consecuencia de dolor de herida quirúrgica y a una instalación de sonda foley, se brindan medidas de comodidad, (como posición de semifowler o el uso de almohadas), promoviendo así el descanso.

7.- NECESIDAD: RESPIRACIÓN

Refiere la señora fumar ocasionalmente, aproximadamente fuma un cigarro al mes y desde que inicia su embarazo lo suspendió. A la exploración, vías respiratorias permeables, con ligera dificultad para respirar que está relacionada a un procedimiento anestésico quirúrgico y a un reposo absoluto. Su frecuencia respiratoria de 16r/min. Por lo tanto se proporciona la oxigenoterapia con puntas nasales a 3litros.

8.- NECESIDAD: HIGIENE/PIEL

Presenta aspecto limpio y aseado, con buena hidratación de piel y mucosas, higiene bucal 2 veces al día, uñas cortas y limpias.

Durante su estancia hospitalaria la señora presenta dificultad para completar por si misma las actividades de baño, relacionado con dolor de herida quirúrgica manifestado por la solicitud de ayuda. Herida quirúrgica abdominal con; escaso sangrado y con bordes bien afrontados, se realiza curación en cada turno, colocándose apósito y vendaje abdominal.

9.- NECESIDAD: VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA

Independiente. Utiliza ropa cómoda acorde a las actividades que realiza, refiere que su vestimenta es de acuerdo a los cambios climatológicos a su gusto y costumbre, hizo hincapié que las prendas intimas las usa de algodón porque favorece que no hay humedad, manteniéndose la vulva seca y fresca, reduciendo así el riesgo de infecciones. En la estancia hospitalaria la señora manifiesta dificultad para vestirse y desvestirse relacionado con la disminución de la fuerza física.

10.- NECESIDAD: COMUNICARSE

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos se define como un apersona extrovertida, se comunica con facilidad, refiere ser así porque tiene que comunicarse con los padres de familia y los alumnos, mostrando así confianza hacia ellos. Su principal persona de apoyo es su esposo: el se preocupa por su salud de ella y del bebe, además le brinda seguridad, animó al estar con ella, ahora que hay un nuevo integrante más en la familia no cambiara su relación, al contrario los unirá más y no cambiaran sus sentimientos ni diferencias ante el nuevo bebe y sus hijas.

Por lo tanto ella se siente realizada como mujer, como ama de casa y como esposa.

Se lleva acabo una adecuada relación enfermera-persona relacionada con empatía lo que facilito una conversación agradable y confianza en si misma expresando sus sentimientos sensaciones y necesidades básicas, creando un ambiente confortable.

11.- NECESIDAD: RELIGIÓN/CREENCIAS

La señora pertenece a la religión católica, refiere que llevan a cabo rituales religiosos, por ejemplo los días de semana santa, realizan oraciones y van a la iglesia esto es para favorecer la unión espiritual, la fe y la esperanza de

familiares, amigos e unión personal, que son indispensables para una pronta recuperación y curación y que además constituyen un recurso muy importante para mantener una paz interior y un equilibrio entre los valores que son objetivos vitales de la persona.

Cuenta con imágenes religiosas en su casa ya que son una protección para su familia.

12.- NECESIDAD: APRENDER

Durante la estancia hospitalaria la señora muestra interés en el deseo de aprender lo relacionado a sus cuidados personales, que deben llevar a cabo en casa, tanto de alimentación, higiene, ejercicio y el cuidado de la herida quirúrgica, también de los cuidados de su bebe.

La participación del plan educativo se brindó de manera conjunta con familiares y su esposo, mostrándose participación por parte de ellos, así mismo la familia es vital para la recuperación de la salud de la señora.

Para concluir la plática se proporciono un tríptico de los cuidados en el puerperio, y lactancia materna.

13.- NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE

La señora es maestra de primaria, menciona que aprovechara la licencia por maternidad, para favorecer el apego con su bebe y el restablecimiento de su salud, así como la reincorporación de sus actividades hogareñas, para ella este tiempo será ideal para la realización personal de madre y esposa.

Al concluir su licencia regresara a su trabajo porque es una forma de distracción y además es un ingreso económico más para satisfacer sus principales necesidades básicas del nuevo bebe y de su familia.

14.- NECESIDAD: ACTIVIDADES LÚDICAS

Su actividad diaria consiste en realizar las tareas del hogar, en los ratos libres, le gusta ver la TV, escuchar la radio, leer a veces cuentos infantiles por las noches y prepara su clase para el siguiente día.

Acostumbra a dar paseos con sus hijas por las tardes por lo menos dos veces por semana, porque a veces no tienen tiempo por las tareas que ellas tienen que realizar. Los fines de semana van juntos al cine, al parque ya que son los días que todos tienen descanso tanto en la escuela como en el trabajo. Ahora que hay un integrante más nada cambiara seguirán divirtiéndose y conviviendo juntos. Por lo que durante su estancia hospitalaria hay déficit de sus actividades recreativas manifestado por expresiones verbales de aburrimiento.

4.2. JERARQUIZACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

De acuerdo a la recolección de datos, la siguiente etapa es jerarquizar las necesidades a fin de priorizar las acciones a realizar, con el objetivo primordial de contribuir en el mejoramiento de calidad de vida y ayudar a la persona, a su independencia lo más rápido posible.

1. Necesidad: Alimentación / Hidratación.
2. Necesidad: Seguridad.
3. Necesidad: Eliminación.
4. Necesidad: Termorregulación.
5. Necesidad: Reposo / Sueño.
6. Necesidad: Movilización.
7. Necesidad: Respiración.
8. Necesidad: Higiene / Piel.
9. Necesidad: Vestirse y elegir la ropa adecuada.
10. Necesidad: Comunicarse.
11. Necesidad: Religión creencias.
12. Necesidad: Aprender.
13. Necesidad: Trabajar y realizarse.
14. Necesidad: Actividades Lúdicas.

4.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LAS 14 NECESIDADES

Para llevar a cabo la redacción de los diagnósticos, utilicé dos enunciados unidos por la frase "relacionado con" escrito anteriormente en la metodología, ya que se me hizo la manera más entendible de redactar los diagnósticos de enfermería.

1.- Necesidad: Alimentación

-Alteración de la nutrición: por exceso relacionado con una ingesta calórica excesiva manifestado por un sobrepeso.

-Exceso de volumen de líquidos relacionado con presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular manifestado por edema de miembros superiores e inferiores.

2.- Necesidad: Seguridad

-Dolor relacionado con efectos de la intervención quirúrgica manifestado por expresión facial de dolor.

3.- Necesidad: Eliminación

-Estreñimiento relacionado con la alteración de la ingesta de alimentación y disminución del peristaltismo postquirúrgico manifestado por distensión abdominal tenesmo y esfuerzo para eliminar las heces.

4.- Necesidad: Termorregulación

-Alteración de la termorregulación relacionado con el uso de ropa inadecuada manifestado por sensación de frío.

5.- Necesidad: Reposo/Sueño

-Alteración del patrón del sueño relacionado con sus experiencias de salud, el ambiente hospitalario y las visitas manifestado por enojo y bostezos.

6.- Necesidad: Movilización

-Alteración de la movilización relacionado con una herida quirúrgica manifestado por la incapacidad de realizar movimientos en la cama.

7.- Necesidad: Respiración

-Patrón respiratorio ineficaz relacionado con los efectos residuales de los anestésicos manifestado por dificultad para llevar a cabo una adecuada ventilación.

8.- Necesidad: Higiene/Piel

-Déficit de baño relacionado con dolor de herida quirúrgica manifestado por la solicitud de ayuda.

9.- Necesidad: Vestirse y Elegir Ropa Adecuada

-Déficit de vestido relacionado con disminución de la fuerza física manifestado por dificultad para vestirse-desvestirse.

10.- Necesidad: Comunicarse

-Adecuada comunicación relacionada con empatía manifestado por expresar sus necesidades básicas de manera verbal.

11.- Necesidad: Religión/Creencias

-Bienestar espiritual relacionado con autoconfianza manifestado por la unión espiritual, fe y esperanza.

12.-Necesidad: Aprender

-Déficit de conocimientos relacionado con una falta de información sobre sus cuidados personales manifestado por inquietud y preguntas constantes.

13.- Necesidad: Trabajar y Realizarse

-Alteración en el desempeño del rol relacionado con los efectos del cambio en el estado de salud manifestado por la incapacidad de continuar con sus responsabilidades en el hogar.

14.- Necesidades: Actividades Lúdicas

-Déficit de actividades recreativas relacionado con la hospitalización manifestado por expresiones verbales de aburrimiento.

4.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- NECESIDAD: ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Diagnóstico de enfermería:

- Alteración de la nutrición: por exceso relacionado con una ingesta calórica excesiva manifestado por sobrepeso.

Objetivo:

- Mejorar lo hábitos alimentarios para asegurar el mantenimiento del peso y un estilo de vida más saludable.

1.- Cuidado:

- Disminuir la cantidad de alimentos de contenido calórico.

Fundamentación:

- Las grasas tiene un contenido calórico mayor (9kcal/g) que los hidratos de carbono (4kcal/g). De ahí que la reducción del consumo de alimentos ricos en grasa (carne, mantequilla, margarina, aceite) tendrán mayor efecto en la ingesta calórica que la disminución de alimentos ricos en hidratos de carbono (frutas, verduras, pasta, panes).

2.- Cuidado:

- Promover la actividad física.

Fundamentación:

- El ejercicio físico en sinergismo con la restricción calórica llevan a una disminución del peso graso con un aumento de la masa muscular, una mejora de la resistencia a la insulina, produce cambios en el perfil lipídico, aún sin que haya pérdida de peso y disminución en la presión arterial.

3.- Cuidado:

- Mejorar hábitos alimenticios.

Fundamentación:

- La terapia conductual y las técnicas de relajación tienen como finalidad modificar y/o controlar aquellas situaciones que estimulan el apetito, la propia conducta durante las comidas y las consecuencias o acontecimientos que se producen después de la ingesta.

Evaluación:

Se le hizo hincapié sobre la importancia de los tipos de ejercicio que puede realizar ya que estas actividades involucran el metabolismo aeróbico y anaeróbico, mencionando la señora que al término de su recuperación iniciara la actividad física. También se oriento sobre la dieta a seguir en su domicilio tomando en cuenta la lactancia, mencionando los tipos de alimentos y cantidades en cada comida, manifestando la señora el cambio a sus hábitos alimenticios.

Diagnóstico de enfermería:

- Exceso de volumen de líquidos relacionado con presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular manifestado por edema de miembros superiores e inferiores.

Objetivo:

- Manejar un estricto control de líquidos.

1.- Cuidado:

- Llevar a cabo un estricto control de líquidos de egresos e ingresos.

Fundamentación:

- Un volumen excesivo de líquido dificulta el intercambio adecuado de sustancias (nutrientes, metabolitos, gases.) entre las células y la sangre.
- El volumen de orina secretado depende de la magnitud de la filtración glomerular y de la reabsorción tubular.
La magnitud de la filtración glomerular varía según:
 - 1.- La magnitud de la superficie, filtrante.
 - 2.- Presión sanguínea en los glomérulos.
 - 3.- El flujo sanguíneo renal.
 - 4.- La reabsorción tubular.

2.- Cuidado:

- Monitorización de la presión arterial cada 2 horas.

Fundamentación:

- Cuando se eleva demasiado el volumen de líquido en el espacio extracelular aumenta también el volumen sanguíneo, el cual a su vez incrementa el gasto cardíaco y éste eleva la presión sanguínea arterial. La presión sanguínea elevada provoca la excreción, por medio del riñón, del exceso de agua. De esta manera el retorno a la normalidad del volumen de líquido extracelular depende del buen funcionamiento cardíaco y renal.

3.- Cuidado:

- Administrar por indicación médica Miccil (Bumentanida) 1 tableta, dosis única, vía oral.

Fundamentación:

- Miccil aumenta el flujo sanguíneo renal e incrementa el volumen renal. Este precede a la diuresis y está probablemente sujeto al control y mediación de las prostaglandinas locales cinina y a la actividad de la calcireina. El inicio de acción es de los primeros 30 minutos de su administración oral, alcanzando su pico de actividad de 60 a 180 minutos y prolongándose de 5 a 6 horas.

4.- Cuidado:

- Colocar a la señora Medias ted.
- Vendaje de miembros torácicos superior.

Fundamentación:

- Las medias elásticas contribuyen a mantener la presión externa sobre los músculos de las extremidades inferiores promoviendo así el retorno venoso.

5.- Cuidado:

- Continuar con el esquema de soluciones parenterales (Sol. Glucosa 5% 1000 para 8hrs, Sol. Hartman 1000 para 8hrs.)

Fundamentación:

- Una solución isotónica ejerce la misma presión osmótica a ambos lados de una membrana semipermeable.
 - 1.- Una solución hipotónica tiene menor presión osmótica, y por ello el solvente pasa a la membrana hacia la solución más concentrada.
 - 2.- Una solución hipertónica tiene mayor presión osmótica y por ello el solvente de la solución más diluida pasa hacia ella por la membrana.

6.- Cuidado:

- Pesar diariamente a la señora.

Fundamentación:

- El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.

La aldosterona, es el principal mineral o corticoide que produce la corteza suprarrenal, es uno de los factores que provocan un aumento en la retención de sodio (y por tanto de agua) por el riñón. La retención de sal y agua aumenta el volumen de líquido extracelular.

Fundamentación:

- Existe una excesiva retención de agua y de sodio que conduce al edema, y que esta retención se produce fundamentalmente por una disminución de la filtración glomerular, que a su vez se origina por los depósitos de fibrina, que aparecen en los capilares glomerulares a consecuencia de la coagulación intravascular diseminada.

El aumento de peso y la retención de sodio y agua se producen durante el día y se pierde por la noche; si predomina la ganancia del día, se producirá el edema.

Evaluación:

Se llevo acabo un balance estricto de líquidos de ingresos y egresos teniendo como resultado un balance negativo las primeras 24horas. El edema de miembros inferiores persistió durante el primer día, al siguiente día que inició con la deambulacion disminuyó.

2.-NECESIDAD: SEGURIDAD

Diagnóstico de enfermería:

- Dolor relacionado con efectos de la intervención quirúrgica manifestado por expresión facial de dolor.

Objetivo:

- Control o eliminación del dolor a través de la asistencia farmacológica y los medios físicos.

1.- Cuidado:

- Administrar analgésico indicado por el médico, Bipasmin Compuesto (Clorhidrato de Pargeverina, 1 ampula, intravenosa, cada 6hrs).

Fundamento:

- La pargeverina y metamizol, ejerce efectos antiespasmódico y analgésico, normalizando la motilidad visceral. Por su acción sobre la miofibrilla contracturaza o distendida, la pargeverina ejerce efecto espasmolítico, cuyo principal componente es el espasmo de la musculatura lisa.

2.- Cuidado:

- Ofrecer comodidad y seguridad.

Fundamento:

- Un plan atención para la recuperación funcional de la persona tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización, traslado con o sin utilización de implemento de apoyo.
- El uso de apoyos para la alineación (cojines) ofrecen seguridad y previenen o corrigen problemas de posición.

3.- Cuidado:

- Llevar a cabo una alineación corporal adecuada con fin de comodidad.

Fundamento:

- Un alineamiento correcto reduce la tensión sobre las estructuras musculoesqueléticas y el riesgo de lesiones, contribuye a mantener un tono muscular adecuado, al equilibrio y a la conservación de energía.

4.- Cuidado:

- Aplicación de calor seco, en herida quirúrgica para disminuir los espasmos musculares durante 20 minutos.

Fundamento:

- Cuando se aplica calor localmente a la superficie de la piel, estimula a los receptores de las terminales nerviosas sensoriales libres; estos avanzan por vías espinotalámicas laterales hasta los centros preópticos del hipotálamo anterior, desde cuyo centro se conectan a la corteza cerebral; entonces, el hipotálamo anterior tiene la propiedad de reducir la cantidad de calor y aumentar su pérdida. Como resultado de estas reacciones fisiológicas se observan sudor y enrojecimiento de la piel.

5.- Cuidado:

- Colocación de vendaje abdominal.

Fundamento:

- Los vendajes protegen la piel subyacente y apartan las secreciones de la superficie de la herida. Un vendaje aplica una compresión y reduce al mínimo el movimiento de los tejidos subyacentes y ayuda a inmovilizar una parte del cuerpo.
- La presión excesiva sobre las superficies corporales, puede causar dolor por irritación de las fibras nerviosas sensitivas o bien alterar la circulación de las células en esta zona.

6.- Cuidado:

- Mantener una relación enfermera-persona.

Fundamento:

- Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.
- Las actividades, creencias y opiniones que cada individuo tiene con respecto al dolor, influyen en su comportamiento.
- El ambiente físico y el estado óptimo de salud y la comunicación eficaz intervienen en la función cognoscitiva y en la capacidad de percepción e interpretación de la información.

Evaluación:

Se administró el medicamento indicado cada 6hrs, refirió la señora que disminuyó el dolor de herida quirúrgica, también se aplicó calor local disminuyendo así los espasmos musculares así mismo se observaron los cambios en herida quirúrgica y no se observó ningún rasgo de infección, se colocó un vendaje abdominal y mencionando la señora sentirse segura al iniciar la deambulaci3n.

Se proporcionó una conversaci3n favoreciendo en ella un alivio y un olvido pronto de su malestar.

3.- NECESIDAD: ELIMINACI3N

Diagn3stico de enfermería:

- Estreñimiento relacionado con la alteraci3n de la ingesta de alimentaci3n y disminuci3n del peristaltismo postquirúrgico manifestado por distensi3n abdominal, tenesmo y esfuerzo para eliminar las heces.

Objetivo:

- Restablecer el patr3n digestivo seg3n su respuesta cotidiana.

1.- Cuidado:

- Auscultar peristaltismo intestinal.

Fundamento:

- Debido a los componentes musculares de fibra lisa existe hipotonía muscular en el intestino grueso y en el intestino delgado, que ocasiona un retardo en el transito intestinal con estasis de materia fecal.

2.- Cuidado:

- Administrar laxante indicado por el medico. Laxoberon (Picosulfato s3dico)
1 tableta vía oral dosis única.

Fundamento:

- El laxoberon es un laxante que actúa de manera local, pertenece al grupo triarilmetano, el cual después de sufrir fragmentación bacteriana en el colon, estimula la mucosa del intestino grueso causando peristalsis. Después de la administración oral el picosulfato sódico llega al colon sin absorberse de manera cuantificable, es por eso que se evita la circulación entero hepática. Posteriormente la acción se inicia entre seis y doce horas lo cual determinado por la liberación de la sustancia activa de la preparación.

3.- Cuidado:

- Iniciar lo más pronto posible la deambulación.

Fundamento:

- Esto ayuda a mantener un adecuado tono muscular, lo cual contribuye al buen funcionamiento de los músculos que intervienen en la defecación (músculos abdominales, pélvicos y diafragma); además, el ejercicio estimula el peristaltismo y de esta forma se facilita el movimiento del quimo a lo largo del colon. Además la deambulación, proporciona sensación de bienestar, acelera la involución uterina y disminuye la incidencia de trombosis.

4.- Cuidado:

- Instruir a la señora sobre la importancia de consumir alimentos ricos en fibra solubles e insolubles. Iniciando con una dieta blanda 1800 a 2000cal.

Fundamento:

- Las dietas con poca fibra ocasionan prolongación del tiempo de tránsito por el intestino que permite la resorción excesiva de agua y la formación de heces duras.
- El salvado, principalmente el trigo, es la más eficaz de las fibras insolubles para absorber agua y hacer que las heces sean blandas y voluminosas. La fibra soluble en frutas, hortalizas, leguminosas y avena forman un gel suave que permite el paso de los alimentos por las vías intestinales y retrasa o inhibe la absorción de factores alimentarios como la glucosa y el colesterol.

Evaluación:

El primer día de la cirugía realizada, la señora presentó un peristaltismo disminuido, al siguiente día canaliza gases, gracias a que inició la

deambulaci3n, adem1s inicia con una dieta, se administr3 su laxante obteni3ndose as3 una evacuaci3n de consistencia dura, refiriendo la se1ora sentir una sensaci3n de bienestar.

Se le hizo hincapi3 sobre la importancia de consumir alimentos ricos en fibra e ingerir abundantes l3quidos.

4.- NECESIDAD: TERMORREGULACI3N

Diagn3stico de enfermer3a:

- Alteraci3n de la termorregulaci3n relacionado con el uso de ropa inadecuada manifestado por sensaci3n de fr3o.

Objetivo:

- Favorecer un ambiente confortable termorregulador.

1.- Cuidado:

- Medir la temperatura de la se1ora las primeras 24hrs.

Fundamento:

- En las primeras 24hrs del puerperio, si la temperatura se eleva hasta 38°C , es por la resorci3n de tejidos necrosados y el almacenamiento de catabolitos en el organismo.
- Adem1s una incisi3n abdominal es un sitio com3n de infecci3n, el eritema cut1neo local alrededor de la herida deben alertar la posibilidad de un absceso temprano en la herida. Los pir3genos, como bacterias y virus provocan un aumento de la temperatura corporal, cuando entran en el organismo, los pir3genos act3an como ant3genos disparando el sistema inmune. Se producen m1s c3lulas blancas para ayudar a fomentar la defensa del organismo contra la infecci3n.

2.- Cuidado:

- Mantener un control t3rmico con ropa de cama.

Fundamento:

- El equilibrio entre el calor perdido y el calor producido est1 regulado de manera precisa mediante mecanismos fisiol3gicos y conductuales, para

que la temperatura corporal permanezca constante y dentro de unos límites aceptables, debe mantenerse la relación entre el calor producido y el calor perdido. Esta relación está regulada por mecanismos neurológicos y cardiovasculares.

3.- Cuidado:

- Administrar antibiótico indicado por el médico: Keflin (cefalotina sódica) 1g intravenosa, cada 12hrs.

Fundamento:

- La cefalotina sódica es un antibiótico de amplio espectro para administración por vía parenteral.
La acción bactericida, in Vitro de la cefalotina se debe a la inhibición de la síntesis de la pared celular.
La administración de cefalotina como medida profiláctica antes, durante y después de las intervenciones quirúrgicas puede reducir significativamente la incidencia de infecciones postoperatorias en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en sitios contaminados o en que se pueden contaminar.

4.- Cuidado:

- Mantener un ambiente cómodo y agradable.

Fundamento:

- El estrés físico y emocional aumenta la temperatura corporal a través de la estimulación hormonal y nerviosa. Estos cambios fisiológicos aumentan el metabolismo, que aumenta la producción de calor.

Evaluación:

En las primeras 24 horas de puerperio inmediato no presento ningún riesgo de infección, durante la estancia hospitalaria se mantuvo normotérmica con una temperatura de 36.5°C.

Se proporcionó más ropa de cama manteniéndose en un ambiente agradable refiriendo sentirse tranquila y cómoda.

5.- NECESIDAD: REPOSO / SUEÑO

Diagnóstico de enfermería:

- Alteración del patrón del sueño relacionado con sus experiencias de salud, el ambiente hospitalario y las visitas manifestado por enojo y bostezos.

Objetivo:

- Recuperación del patrón del sueño, descanso y recuperación energética.

1.- Cuidado:

- Identificar formas de descanso que usualmente realice la señora.

Fundamento:

- La identificación de intereses, motivaciones y limitaciones físicas o mentales que tiene la persona, así como de los factores respecto a la comprensión sobre el equilibrio biopsicosocial, del individuo del desarrollo de estímulos intrínsecos y del ambiente terapéutico, facilita una planeación individual de actividades, basada en la selección, orientación y ejecución que conlleva al descanso, a la creatividad y el progreso físico-mental.

2.- Cuidado:

- Estimular a la señora para descansar.

Fundamento:

- El trabajo conjunto enfermera-persona necesita de comprensión de la situación de la persona, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas con el objeto de determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud.
- El sentido de libertad, la sensación de bienestar y seguridad, la creación de una atmósfera de serenidad y alegría, el perfeccionamiento de actividades, el control de estados emocionales y la realización de actividades espirituales, son algunos factores que propician el descanso.

4.- Cuidado:

- Crear un ambiente de comodidad.

Fundamento:

- Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, acercamiento de artículos personales y de comunicación) que proteja a la persona de riesgos mecánicos, químicos o térmicos.

Evaluación:

Las estrategias que se planificaron; la hora de visita, toma de signos vitales, la visita del bebe favorecieron para que la señora conciliara el sueño y para que descansara, ya que las primeras horas de cirugía e interrupciones limitaban las siestas durante todo el día. Menciono que los cuidados proporcionados tuvieron una sensación de bienestar y comodidad durante la estancia hospitalaria.

6.- NECESIDAD: MOVILIZACIÓN

Diagnóstico de enfermería:

- Alteración de la movilización relacionado con una herida quirúrgica manifestado por incapacidad de realizar movimientos en la cama.

Objetivo:

- Realizar técnicas para que la señora se sienta cómoda y para tener una adecuada mecánica corporal.

1.- Cuidado:

- Alinear segmentos corporales.

Fundamento:

- El aparato músculoesquelético es un medio de locomoción que sirve de sostén y protección para los elementos anatómicos.
- La inmovilización articular origina reducción circulatoria y estasis del líquido sinovial.

2.- Cuidado:

- Realizar ejercicios.

Fundamento:

- Son ejercicios útiles en la cama, son efectuados en decúbito dorsal (mover cabeza, traslado lateral, rotar, arrastre y movimiento de miembros torácicos), que permiten la restitución, mejoramiento o conservación de la fuerza, elasticidad y coordinación para que los músculos trabajan simultáneamente con otros músculos.

3.- Cuidado:

- Ayudar a la señora a cambiar de posición en la cama.

Fundamento:

- Cuando una persona permanece en cama, el peso del cuerpo descansa sobre prominencias óseas. Cuando mayor sea la presión aplicada, más prolongada será el período de isquemia y por tanto, mayor el riesgo de que la piel se ulcere. El metabolismo tisular depende de la llegada de oxígeno y nutrientes al organismo gracias a la irrigación sanguínea, así como de la eliminación de los productos de desecho, cualquier factor que interfiere con este proceso afecta el metabolismo celular y, como resultado a la función o la vida de la célula. La presión influye sobre el metabolismo celular al disminuir o interrumpir el flujo de sangre.

4.- Cuidado:

- Explicar a la señora sobre la posición que debe adquirir.

Fundamento:

- El estado o emocional del individuo, influye en su comportamiento.
- El conocimiento de la personalidad de la persona y familiares facilitan la realización de ejercicios, movilización y traslado.
- Son técnicas de aprendizaje que conllevan a la motivación, la repetición, la estimulación, la información y la ejecución.

5.- Cuidado:

- Iniciar en cuanto sea posible a deambulación.

Fundamento:

- La deambulación es el mejor método para prevenir la desmineralización ósea por inmovilidad, y disminuye la tromboflebitis, favorece la cicatrización de herida, la involución uterina es más rápida y la micción y evacuación son precoces.

6.- Cuidado:

- Colocar a la señora medias elásticas.

Fundamento:

- Las medias elásticas contribuyen a mantener la presión externa sobre los músculos de las extremidades inferiores promoviendo así el retorno venoso.

7.- Cuidado:

- Elevar la cabecera de la cama 45-60°.

Fundamento:

- Aumenta el bienestar, mejorara la ventilación y aumenta las oportunidades de socialización y de relajación de la persona.

Evaluación:

A pesar que la señora se mantuvo el primer día en reposo absoluto, se brindaron las comodidades como: cambios de posición frecuentes, el uso de almohadas en los cambios de postura, el uso de medias elásticas que favorecieran el retorno venoso, además ejercicios como mover la cabeza, movimientos de los miembros pélvicos, esto favoreció para que la señora conservara un equilibrio en el tono muscular y en la conservación de energía. Cuando inicia la deambulacion en lo que favoreció fué el movimiento de su cuerpo, la involución uterina, micción y evacuación.

7.- NECESIDAD: RESPIRACIÓN

Diagnóstico de enfermería:

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con los efectos residuales de los anestésicos manifestado por dificultad para llevar a cabo una adecuada ventilación.

Objetivos:

- Efectuar ejercicios respiratorios para mejorar la ventilación pulmonar.

1.- Cuidado:

- Auscultar el tórax, registrando mejoría o variación.

Fundamento:

- Al auscultar el tórax lo que se percibe es el ruido respiratorio. Este ruido fisiológico resulta de la vibración de la columna de aire contenida en el árbol respiratorio y puesta en movimiento por la inspiración y la espiración. La inspiración es más breve que la espiración y por esta razón, es lógico que el aire viaje con mayor rapidez durante la primera y en consecuencia, no debe sorprender que el ruido inspiratorio sea más intenso que el espiratorio. El ruido general durante la espiración aparece sólo durante los primeros segundos de la fase espiratoria.

2.- Cuidado:

- Realizar ejercicios respiratorios (activos y pasivos).

Fundamento:

- Con estos ejercicios se busca estimular la relajación muscular, disipar la ansiedad, eliminar las pautas inútiles e incoordinadas de la actividad de los músculos de la respiración, enderezar la frecuencia respiratoria y disminuir el trabajo de la respiración, la respiración lenta relajada y rítmica es útil para controlar la ansiedad.

3.- Cuidado:

- Cambios de posición.

Fundamento:

- Proporciona máxima comodidad, descanso y relajación muscular ya que el cuerpo humano constata una relación entre los sistemas esquelético, muscular y visceral y sus asociaciones neurológicas. El conocimiento de la personalidad de la persona y familiares facilita la realización de ejercicios, movilización y traslado.

4.- Cuidado:

- Contar las respiraciones durante un minuto y hacer la anotación en la hoja de enfermería.

Fundamento:

- Los factores que influyen en la frecuencia y carácter de la respiración: edad, sexo, emociones, descanso, enfermedades, calor, frío y dolor. Las características de la respiración son:
Frecuencia: número de respiraciones en una unidad de tiempo. La proporción entre frecuencia respiratoria y retorno del pulso es aproximadamente de 4 5 pulsaciones por cada movimiento respiratorio.
Ritmo: regularidad que existe entre los movimientos respiratorios.
Amplitud o profundidad: mayor o menor expansión en los diámetros torácicos, según el volumen de aire inspirado.

Evaluación:

En la medición de los signos vitales, se valoró la respiración manifestando la señora dificultad para respirar, ya que cursa con sus primeras horas postoperatorias, se efectuaron ejercicios respiratorios para mejorar la ventilación pulmonar, posteriormente al siguiente día se auscultan campos pulmonares, con mejoría en la ventilación por lo que ya no fué necesario el uso de la oxigenoterapia por puntas nasales.

8.- NECESIDAD: HIGIENE / PIEL

Diagnóstico de enfermería:

- Déficit baño relacionado con dolor de herida quirúrgica manifestado por solicitud de ayuda.

Objetivo:

- Proporcionar un entorno como y seguro para minimizar el riesgo de caídas.

1.- Cuidado:

- Proteger la piel contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor y frío.

Fundamento:

- Entre los factores que afectan la resistencia de una persona figuran el estado general de salud y la cantidad de tejido subcutáneo.
- El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel.

- Un aporte sanguíneo y una nutrición inadecuada, deshidratación o edema son causa de trastornos en piel y mucosas.

2.- Cuidado:

- Orientar sobre hábitos higiénicos relativos a la limpieza.

Fundamento:

- La gran diversidad de normas higiénicas dentro de nuestra sociedad reflejan las normas culturales de los diversos grupos, que la constituyen.
- Las prácticas higiénicas varían, según las clases socioeconómicas existentes.

3.- Cuidado:

- En cuanto sea posible asistir a la señora en el baño de regadera permaneciendo cerca de ella.

Fundamento:

- El agua caliente que los músculos se relajen favoreciendo la presencia de lipotimia.
- El jabón reduce la tensión superficial y facilita la retirada de detrito y bacterias cuando se aplica fricción durante el lavado, las pasadas largas y firmes estimulan la circulación.

4.- Cuidado:

- Mencionarle a la señora de los dispositivos de seguridad en el cuarto de baño.

Fundamento:

- Un entorno seguro minimiza las caídas, los accidentes intrínsecos a las personas, los accidentes intrínsecos a los accidentes y a los relacionados con el equipo.

Evaluación:

En el primer día de la cirugía, la señora se mantuvo sin levantarse de la cama, por lo tanto se realizaron los aseos en la misma. Al siguiente día se levanto fuera de cama y se asistió en le baño de regadera, se le menciono sobre los dispositivos de seguridad en el cuarto de baño, para ofrecerle un entorno

seguro y reducir el riesgo de caídas, manifestó la señora sentirse confortable y limpia.

9.- NECESIDAD: VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA

Diagnóstico de enfermería:

- Déficit de vestido relacionado con disminución de la fuerza física manifestado por dificultad para vestirse-desvestirse.

Objetivo:

- Proporcionar la atención posible a la señora para que se sienta cómoda.

1.- Cuidado:

- Participar en el cuidado personal de la señora.

Fundamento:

- Ofreciendo opciones e involucrando a la persona en la planificación de su propio cuidado se disminuyen los sentimientos de impotencia, se promueven los sentimientos de libertad, control y dignidad personal y se aumenta la disposición de la persona para cumplir los tratamientos.

2.- Cuidado:

- Proporcionar un ambiente agradable para vestirse.

Fundamento:

- Ajustar la temperatura y la ventilación de la habitación, cerrar las puertas y las ventanas y correr la cortina. La habitación caliente y sin corrientes previene la pérdida rápida de calor corporal durante el vestido. La intimidad asegura la comodidad física y mental de la persona.

3.- Cuidado:

- Cambiar cuando sea necesario el camisón y ropa de cama.

Fundamento:

- Las ropas de cama y los camisones mojados interfieren en la pérdida de calor por medio de radiación y conducción.

Evaluación:

Durante la estancia hospitalaria se llevaron a cabo los cuidados, para que la señora se sintiera cómoda, pero manifestó que la habitación es muy fría por lo que se le proporcionó un cobertor más para que favoreciera la conservación de calor y refirió que disminuyó el frío. También se fomentó en ella protegerse de los cambios de clima al egreso del hospital, la señora aceptó el consejo.

10.- NECESIDAD: COMUNICARSE

Diagnóstico de enfermería:

- Adecuada comunicación relacionada con empatía manifestado por expresar sus necesidades básicas de manera verbal.

Objetivo:

- Mantener una comunicación afectiva entre la familia, la persona y la enfermera.

1.- Cuidado:

- Proporcionar un lugar tranquilo, manteniendo la privacidad, reduciendo las distracciones.

Fundamento:

- Ciertos ambientes favorecen más las interacciones terapéuticas que otros. Un ambiente privado atemoriza menos a la persona y facilita una expresión más libre de sus sentimientos. Las distracciones y las interrupciones dificultan la recepción adecuada del mensaje.

2.- Cuidado:

- Preparar la comunicación formulando objetivos, preguntas individualizadas para la persona, considerando la asignación de tiempo.

Fundamento:

- La preparación forma parte del proceso planificado, que facilita la comunicación y la interacción. Si una comprensión del propósito de la interacción, un intervalo de tiempo suficiente ni una preparación para la comunicación, existe un mayor riesgo de comunicación casual no orientada a un objetivo, que puede fracasar en su intento de ayudar a la persona a lograr un mayor potencial hacia la salud física, psicológica social y espiritual.

3.- Cuidado:

- Utilizar una comunicación clara y específica.

Fundamento:

- La comunicación específica clara reduce la confusión y la ansiedad. La comunicación verbal y no verbal congruente transmite calidez, interés y preocupación y contribuye a establecer una relación de afinidad.

5.- Cuidado:

- Utilizar técnicas de comunicación terapéutica cuando interactúe con la persona.

Fundamento:

- Las técnicas de comunicación terapéuticas ayudan a lograr un flujo de comunicación y siempre se centran en la persona. Entre las diversas actividades esenciales para la comunicación terapéutica se incluyen: la atención activa, la autenticidad, el reflejo, la repetición de los pensamientos de la persona, el resumen el uso de silencio terapéutico y el empleo de opiniones y preguntas abiertas-cerradas.

Evaluación:

Se mantuvo buena comunicación con la señora y su familia, ya que se escucho con toda atención cuando expreso sus necesidades, sentimientos y preocupaciones creándole confianza y trasmitiéndole ideas en las que alcanzaran sus objetivos, favoreciendo el bienestar, en liberar la tensión y el dolor, todo esto para que se mantuviera un ambiente agradable y calido con los miembros de la familia.

11.- NECESIDAD: RELIGIÓN / CREENCIAS

Diagnóstico de enfermería:

- Bienestar espiritual relacionado con autoconfianza manifestado por la unión espiritual, fe y esperanza.

Objetivo:

- Apoyar en sus creencias religiosas en actitud de respeto.

1.- Cuidado:

- Establecer una relación terapéutica.

Fundamento:

- La movilización de la esperanza de la persona es básica para la relación terapéutica, la esperanza motiva a las personas con estrategias para que se enfrenten a los desafíos de la vida. Además la enfermera puede transmitir una presencia de cuidado escuchando las preocupaciones de la persona sobre los posibles resultados que provocarían un deterioro en su salud, implicando a propósito a la familia en las conversaciones sobre la salud de la persona, mostrando autoconfianza cuando transmite ecuación sanitaria y apoyando la fe de la persona en las opciones que elige.

2.- Cuidado:

- Emplear sistemas de apoyo.

Fundamento:

- Los ejercicios de meditación pueden aliviar a los individuos de sus dolores crónicos, insomnio, ansiedad y depresión, manifestando un aumento de la espiritualidad que se describe como experimentar la presencia de un poder, una fuerza o una energía de un ser supremo.

3.- Cuidado:

- Repasar la visión que tiene la persona ante la satisfacción por la vida.

Fundamento:

- La satisfacción con la vida y uno mismo proporciona al individuo recursos para vivir el momento, enfrentarse a dificultades directamente y permanecer motivado para tratar con la adversidad.

Evaluación:

Se llevo acabo una relación terapéutica, mostrando en la señora autoconfianza así mismo apoyando la fe y la esperanza, menciono que el acto de orar proporciona renovar su fe y la creencia en una forma centrada, que favorezca un recurso de curación y que además la motive a enfrentar cualquier desafío de la vida.

12.- NECESIDAD: APRENDER

Diagnóstico de enfermería:

- Déficit de conocimientos relacionado con una falta de información sobre sus cuidados personales manifestado por inquietud y preguntas constantes.

Objetivo:

- Proporcionar un folleto que favorezca la facilitación de comprensión de la información.

1.- Cuidado:

- Transmitir el mensaje o contenido en forma clara y precisa.

Fundamento:

- Las personas están preparadas para aprender cuando expresan un deseo de hacerlo y es más probable que reciban el mensaje cuando comprendan el contenido. Las actitudes, la ansiedad y los valores influyen en la capacidad para comprender un mensaje. La capacidad para aprender depende de factores como la salud emocional y física la educación, la etapa del desarrollo y el conocimiento previo.

2.- Cuidado:

- Crear un plan educativo.

Fundamento:

- Un plan educativo ofrece continuidad de la instrucción y depende de la capacidad de la enfermera para analizar críticamente los datos de valoración cuando identifican las necesidades de aprendizaje y desarrollan un plan educativo. Además proporciona un mecanismo para evaluar el éxito del plan educativo y ofrecer retroalimentación.

3.- Cuidado:

- Facilitar el aprendizaje a través de demostraciones.

Fundamento:

- Las demostraciones son efectivas cuando los aprendices observan por primera vez a la enfermera y luego practican la habilidad en situaciones simuladas o reales. La persona demuestra el procedimiento para asegurar que lo ha aprendido.

4.- Cuidado:

- Utilizar herramientas educativas.

Fundamento:

- La selección de la herramienta correcta depende del método de instrucción elegido, las necesidades de aprendizaje de la persona y la capacidad de la persona para aprender.

5.- Cuidado:

- Evaluar los resultados del proceso enseñanza aprendizaje.

Fundamento:

- La evaluación refuerza la conducta correcta de los aprendices, les ayuda a entender como deben cambiar una conducta incorrecta y ayuda a la enfermera a determinar si la enseñanza es adecuada. El éxito de una persona en el aprendizaje cognitivo puede medirse verbalmente por la respuesta a preguntas sobre un tema específico, que ha sido enseñado o bien a través de la demostración de las habilidades aprendidas.

Evaluación:

Se brindaron a la señora las platicas de los cuidados personales, mostró interés sobre la información que se le proporciono, se transmitió el mensaje en una forma clara para facilitar la comprensión del contenido, para ello se le proporcionaron folletos de la platica dada. Al ser dada de alta del hospital se le pregunto sobre lo que se le había enseñado y la evaluación fue que, el 50% fue aprendido y el resto olvidado, pero se le hizo rápidamente un recordatorio agradeciendo la señora y su familiar la atención brindada.

13.- NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de enfermería:

- Alteración en el desempeño del rol relacionado con los efectos del cambio en el estado de salud manifestado por la incapacidad de continuar con sus responsabilidades en el hogar.

Objetivo:

- Fomentar el reposo para reiniciar sus actividades hogareñas lo mas pronto posible.

1.- Cuidado:

- Establecer el apego con su bebé.

Fundamento:

- La actividad paterna de calor, es más probable que ayuden al niño a desarrollar una capacidad para relacionarse con las demás personas de una manera amigable.

2.- Cuidado:

- Fomentar el bienestar psicológico materno.

Fundamento:

- El parto de un niño, con los cambios en las funciones y las mayores responsabilidades que ocasiona, es un periodo de tensión emocional para la nueva madre. Está tensión aumenta por los tremendos cambios

fisiológicos conforme su cuerpo se adapta a un estado no gestante. La enfermera demuestra confianza en la habilidad y capacidad de la mujer, lo que a su vez aumenta la confianza en sí misma acerca de su efectividad como madre.

3.- Cuidado:

- Hacer hincapié sobre el reposo.

Fundamento:

- Los periodos de descanso y sueño sin molestias son importantes para la madre mientras recupera sus energías físicas y emocionales y le ayudan adaptarse satisfactoriamente después de la cirugía.

4.- Cuidado:

- Comunicarle a la señora sobre una posible supresión de la lactancia materna.

Fundamento:

- Las madres que trabajan observan disminución de la cantidad de leche que producen; ello puede deberse a muchos factores entre ellos, la falta de descanso, tensión, incapacidad de tomar suficientes líquidos e inadecuada ingesta calórica.

5.- Cuidado:

- Informarle a la señora sobre el reinicio de los ejercicios posparto.

Fundamento:

- La autorización para realizar ejercicio depende del estado general de salud de la madre, tomando en cuenta el flujo de loquios, fatiga y molestias, se debe valorar con cuidado el grado de cansancio de la señora. Una vez reiniciado los ejercicios le ayudaran a aumentar el tono, la resistencia muscular y el retorno venoso durante el puerperio.

Evaluación:

La señora refirió que reiniciara sus actividades laborales en cuanto termine su licencia por maternidad, ya que para ella su trabajo es una forma de distracción

y un ingreso más para mejorar la calidad de vida del nuevo bebe y de su familia.

Además este tiempo le permitirá gozar y convivir de su familia fortaleciendo la unión familiar, y podrá desempeñar su papel de madre y esposa.

14.- NECESIDADES: ACTIVIDADES LÚDICAS

Diagnóstico de enfermería:

- Déficit de actividades recreativas relacionado con la hospitalización manifestado por expresiones verbales de aburrimiento.

Objetivo:

- Ofrecer una terapia ocupacional para combatir el aburrimiento.

1.- Cuidado:

- Informarle a la señora sobre lo que proporciona la música.

Fundamento:

- La musicoterapia o el uso controlado de la música, sus elementos y sus influencias en el ser humano para ayudar a la integración fisiológica, psicológica y emocional del individuo durante el tratamiento, puede ser una actuación valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a los individuos a afrontar los problemas sociales.

2.- Cuidado:

- Utilizar un juego para favorecer la motivación.

Fundamento:

- El juego ofrece un vehículo práctico, para practicar destrezas motoras y funcionales específicos y promover el procesamiento sensorial, las habilidades preceptuales y el desarrollo cognitivo. También sirve para potenciar el desarrollo social, emocional y del lenguaje.

3.- Cuidado:

- Proporcionar a la señora los materiales de lectura de la institución.

Fundamento:

- La lectura y la escritura no entrañan mucho ejercicio o actividad, pero el manejo de libros, revistas y periódicos es útil para ejercitar brazos, dedos y pulgares. También la posición sedente facilita a la persona la preparación para abandonar el lecho.

4.- Cuidado:

- Informarle a la señora sobre las técnicas de relajación.

Fundamento:

- Las técnicas de relajación son efectivas para reducir el ritmo cardíaco, la tensión arterial, reducir la tensión muscular, mejorar el bienestar y reducir los síntomas de malestar que las personas experimentan en gran diversidad de situaciones.

Evaluación:

Durante la hospitalización la señora manifestó sentirse aburrida, por no realizar sus actividades diarias, para eso se brindó una terapia ocupacional utilizando herramientas que estuvieran al alcance y que combatieran el aburrimiento y la tensión. Se proporcionaron los cuidados mencionados y mejoró el bienestar de la señora.

4.5. EVALUACIÓN

La manera de evaluar la eficacia de este proceso es conforme se desarrollaron las etapas.

En la Valoración los datos significativos fueron los suficientes ya que a través de la entrevista, se estableció una relación enfermera-persona favoreciendo la confianza y empatía, para ello se utilizó una historia clínica donde se empleo el pensamiento crítico para obtención y analización de los datos, identificando las necesidades y los factores de riesgo. Para llevar acabo la redacción de los diagnósticos se elaboró un esquema formado por tres enunciados, lo que facilito la comprensión y redacción de los mismos, posteriormente continuó el plan de cuidados donde se establecieron los objetivos a corto plazo y los cuidados proporcionados en cada una de las necesidades.

Todo resulto conforme a lo planeado ya que la señora tuvo una excelente participación, cooperación y preguntas constantes sobre sus cuidados durante la estancia hospitalaria proporcionando un ambiente seguro y agradable para la realización de cada actividad.

Se logro el objetivo general planeado favoreciendo la calidad de salud de la persona en está situación, lográndose así también los objetivos específicos los cuales permitieron la identificación de respuestas humanas, para la planeación de cuidados y el desarrollo de los objetivos.

El pensamiento crítico es un proceso activo, organizado que implica la utilización de la mente, aplica la razón, la lógica y de este modo la toma de decisiones para que la enfermera realice juicios clínicos y lleve acabo un análisis de sus acciones, cambiando el tipo de cuidado en función la respuesta del cliente hasta la mejora de su salud.

Por ello que la contribución de la enfermera en el Proceso Atención de Enfermería resulta un componente indispensable para brindar cuidados humanísticos considerando a la persona como un ser holístico, este proceso no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera busque el logro de su identidad profesional, brinde una atención de calidad y empiece a trabajar con está metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

V. PLAN DE ALTA

La realización de un plan de alta favorece la consistencia, el progreso de educación de la persona, una valoración y evaluación continua más efectiva, que permite el manejo y la prevención de complicaciones en el puerperio.

A continuación se describen una serie de lineamientos detallados para los cuidados en el domicilio, fomentando el bienestar físico materno.

1.-LACTANCIA MATERNA

- La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido ya contiene los nutrientes y líquidos necesarios para favorecer su crecimiento y desarrollo.
- Debe dar lactancia materna los primeros cuatro meses de vida.
- La succión frecuente estimula la producción de leche.
- Las ventajas de la lactancia materna para el recién nacido son:
 - El niño se protege de infecciones como son: Diarrea, infecciones y enfermedades de oídos, vías respiratorias y caries.
 - Tiene mejor desarrollo de su mandíbula al succionar el seno materno.
 - La leche se mantiene a temperatura ideal, no se contamina y se le puede dar cada vez que lo solicite, día y noche a libre demanda.
- Las ventajas de la lactancia materna para la madre:
 - Disminuye el sangrado después del parto.
 - El útero recupera más pronto su tamaño.
 - Disminuye la probabilidad de cáncer de mama y ovario.
 - Hay un ahorro económico, ya no cuesta.
- Pezones y areolas:
 - Es de vital importancia el cuidado de sus senos para prevenir grietas y molestias en ellos.
 - No lavar con jabones ni sueros. Utilizar solo agua para no reseca la piel.
 - La posición del bebé debe ser cómoda.
 - Para una mejor limpieza, asearlos con la misma leche materna.
 - Lavarse las manos cada que le va a dar de comer a su bebé.

2.- ALIMENTACIÓN

- Su alimentación es básica y fundamental para el desarrollo de su recién nacido, mientras más balanceada sea su comida se producirá mejor leche y su hijo obtendrá mejores beneficios.
- Tome abundantes líquidos, esto tendrá como consecuencia heces fecales menos compactas con lo que evitara tener que hacer esfuerzo.
- Dentro de su dieta incluir; pollo, pavo, vegetales verdes y amarillos como son: la acelga, chayote o calabaza madura, berros, espinaca, hojas de rábano, hojas y puntas de camote, lechuga escarola, puntas de chayote, verdolaga y zanahoria. Estos vegetales son ricos en vitamina A, hierro, calcio y vitamina C, contiene además riboflavina y niacina.
 - HUEVOS. Los huevos contienen proteínas de la mejor calidad, en una proporción de 12%. Los huevos son alimentos esencialmente proteicos, pero también aportan lípidos, vitaminas y minerales. El huevo es un alimento casi completo tanto por lo que proporciona como por su biodisponibilidad.
 - LECHE y sus derivados. La leche es un líquido fuente de proteínas de muy buena calidad, que contiene además carbohidratos, grasas, calcio, vitamina A y riboflavina. La leche en polvo descremada contiene las mismas sustancias, menos la grasa y vitamina A, que por ser soluble en agua, se separa con la crema. El queso es un alimento con alto contenido en calcio, pero las cantidades varían en función del grado de curación. Los quesos frescos contienen menor cantidad ya que tienen una proporción mayor de agua. Conservan las vitaminas liposolubles A y D mientras que las del grupo B (hidrosolubles) se pierden en la extracción del suero.
 - Estos productos se caracterizan por su contenido de proteínas de alta calidad que son indispensables en una alimentación balanceada.
 - FRUTAS. Las frutas representan alimentos de origen vegetal, se pueden consumir crudos o cocidos, si se consumen crudos, las convierte en la mejor fuente de vitamina C, ya que dicha vitamina puede destruirse con la cocción. Dentro de estas frutas son: ciruela, banana, fresa, mandarina, manzana, melón, naranja, papaya, pera, piña, sandía, toronja y guanábana.

- CEREALES. Los cereales son los frutos maduros y desecados de las gramíneas, que adoptan la conocida forma de crecimiento en espiga y generan frutos secos con una sola semilla. Este tipo de fruto es una cariopside denominada popularmente grano. Constituyen el producto básico de la alimentación por su costo más bien bajo, sus aportes nutritivos, así como por su facilidad de almacenamiento y sabor ligero. Los cereales representan un alto contenido de hidratos de carbono alrededor del 70% y proteínas vegetales alrededor del 8%. además contiene fósforo en cantidades abundantes y tiamina y niacina en cantidades pequeñas. En cuanto a los minerales tienen un alto contenido en fósforo, magnesio y potasio, pero escaso en calcio, hierro y zinc. Estos cereales son: Trigo, Arroz, Maíz. Otros cereales: Centeno, Avena, Alforfón, Cebada y Sorgo.
- LEGUMINOSAS. Estas contiene gran cantidad de carbohidratos alrededor de 60%, proteínas vegetales, fósforo, hierro y niacina. Estas leguminosas son frijoles, garbanzo, haba, lenteja, maní, y se consumen enteros.

3.- CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- El baño será diario y asimismo lavar la herida con agua y jabón y luego un correcto secado, evitando que quede humedad en cada pliegue.
- Colocar gasa estéril en la herida quirúrgica y continuar con el vendaje abdominal.
- Presentarse con su médico en 8 días para el retiro de la sutura.
- Vigilar en la herida quirúrgica de dolor, supuración, cambios de color (enrojecimiento) o sangrado en la herida, en caso de presentar alguno consultar con su ginecólogo.

4.- CONTROL DE SANGRADOS VAGINALES

Son abundantes en las primeras horas. Suelen ser al principio similares a una menstruación abundante (sangre roja con coágulos). En la evaluación del puerperio las mismas van variando en cantidad (haciéndose cada vez más escasas).

Es importante consultar ante sangrados muy abundantes, ante presencia de mal olor en las perdidas o presencia de fiebre, ya que esto puede ser indicativo de infección.

5.- EJERCICIOS PUERPERALES

Se alienta a la señora para que inicie ejercicios sencillos y los continúe en su hogar. Estos ejercicios deben de ser de bajo impacto como por ejemplo: caminar durante media hora, subir escaleras con poca frecuencia por su herida quirúrgica.

6.- REINICIO DE ACTIVIDADES

- Se restringen las actividades hogareñas muy pesadas por lo menos de 4 a 5 semanas.
- Posteriormente puede iniciar sus actividades normales.
- Evitar levantar objetos pesados.
- Son esenciales una o dos siestas al día, y se logra con mas facilidad si la señora duerme cuando lo hace el bebé.
- El retraso del regreso al trabajo, reducirá al mínimo la posibilidad de problemas.

7.- REINICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

- Se recomienda a la pareja que se abstenga del coito hasta que se suspenda el flujo de loquios (casi siempre al final de la tercera semana), ya que la vagina aun esta "seca" (por la deficiencia de hormonas), puede ser necesario cierta forma de lubricación durante el coito.
- Puede ser preferible la posición lateral o con la señora arriba porque permite que la señora controle la profundidad de la penetración del pene.
- Debe mencionarse a la pareja que durante el orgasmo puede escurrir leche de los pezones por la liberación de oxitocina. Si se alimenta al bebé antes de la relación sexual puede reducirse la probabilidad de liberación de leche.

VI. CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería es un camino a seguir para la enfermería porque permite, planear acciones individualizadas, dando respuesta a las necesidades y problemas de la señora y familia. Al aplicar este proceso se utilizó una metodología que describió en cada etapa las actividades a realizar, así mismo formular los diagnósticos empleando la metodología tipo (PES) y planear los cuidados de enfermería basados en un fundamento científico, por considerar a la persona como un ser humano con numerosas necesidades es decir; se concibe a la persona como un ser holístico que no puede ser fragmentado.

Durante la entrevista con la señora no hubo ninguna dificultad para la valoración, mostrando interés en la información proporcionada, me siento complacida por la confianza que me brinda para llevar a cabo los cuidados de enfermería.

El proceso fue un reto personal que me permitió como enfermera buscar la identidad profesional y brindar una atención de calidad a la persona y familia, logrando delimitar el campo específico de la enfermería que es el cuidado de las necesidades básicas de la persona y con ello demostrar que la enfermería va más allá de una orden médica.

Por lo tanto este presente trabajo, me brinda una satisfacción personal al ser valorada por los integrantes del equipo de salud por mi capacidad y competencia profesional.

SUGERENCIAS

El Seminario del Proceso Atención de Enfermería, resulta una opción de titulación eficaz para los pasantes de la Licenciatura de Enfermería por promover la creación de pensamiento crítico, a partir de está temática central y otorgar importancia a la investigación bibliohemerografica, electrónica y al análisis con teorías relacionadas con la enfermería.

Mediante está metodología se desarrollaron actitudes y habilidades que durante la función profesional resultaron con alguna limitación.

Su forma requiere que el instructor responsable se convierta en el facilitador ideal para la motivación de cada participante, alentando al empeño y constancia de trabajo intelectual y técnico de investigación documental y redacción.

El liderazgo y la tutoría del instructor debe asociarse al compromiso del desarrollo del grupo y las personas se orienten al logro de la meta especifica de culminar con un trabajo terminal para su titulación.

BIBLIOGRAFÍA

Ahued Ahued JR, Fernández C., Obstetricia y ginecología aplicadas, 2 edición, JGH editores, México, 2000.

Cabero RL., Tratado de ginecología obstetricia y medicina de la reproducción, tomo 1, Medica Panamericana, España, 2003.

Donat CF., Enfermería maternal y ginecología, Masson, España, 2001.

Freixas PC., Diccionario de Medicina, 4 edición, Océano/Mosby, España, 2002.

Lowdermik L., Perry E. et. al., Enfermería Materno Infantil, 6 edición, Harcourt/Océano, España, 2003.

L. Kathleen M, Escott S, et. al., Nutrición y dietoterapia de Krause, 9 edición, Mc. Graw-Hill, Interamericana, México, 1998.

Luis Rodrigo Ma. T., Diagnósticos enfermeros, 3 edición, Harcourt, España, 2001.

Nordmark., Bases científicas de la enfermería, 2 edición, Manual Moderno, México, 2002.

Olds SB., Enfermería materno infantil, 4 edición. Interamericana, México, 1995.

Potter PA., Fundamentos de enfermería, 5 edición, Harcourt/Mosby, España, 2002.

Ramírez AF., Obstetricia para la enfermera profesional, El Manual Moderno, México, 2002.

Rodríguez Sánchez BA., Proceso enfermero, 2 edición, Ediciones Cuellar, México, 2002.

Rosales Barrera S., Fundamentos de enfermería, 2 edición, Manual Moderno, México, 1999.

Rosenstein E., Diccionario de especialidades farmacéuticas, 50 edición, Ediciones PLM Thompson, México, 2004.

Salinas M, Díaz Gómez J., Nutrición y dietética, 1 edición, Difusión avances de enfermería, Valencia, 2000.

Smith SF., Enfermería básica y clínica, 1 edición, Manual Moderno, México, 1996.

Tortora GJ., Principios de anatomía y fisiología, 9 edición, Oxford, México, 2002.

Wesley RL., Teorías y modelos de enfermería, 2 edición, Mc. Graw-Hill, Interamericana, México, 1997.

Chamy PV, et. al., Preeclampsia y stress oxidativo: una década de observaciones en: Rev. Chil Obstet Ginecol, Octubre, 2001:66(5).

Navora Camarillo M., El cuidado enfermero en: Rev. Enfermería Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2000:8(1).

Serrano Díaz NC, et. al., Bases Genéticas y Moleculares de la Preeclampsia en: Rev. MEDUNAB, Diciembre, 2002:5(15).

- **PAGINAS ELECTRONICAS**

Disponible en:

- 1.- http://www.enfermería21.com/listametas/monografia_virginia.doc
- 2.- <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/0998/artí.htm>

A N E X O S

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____

Talla: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Fecha de ingreso: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD: NUTRICIÓN

Sin alteración observada

Dificultad

Vómitos

Para la masticación Prótesis

Alteración del peso:

Para la deglución

Por exceso Por defecto

Intolerancia a la ingesta Sonda

Necesita ayuda

Nauseas

Dieta especial:

Nutrición enteral

Nutrición parenteral

Observaciones: _____

2. NECESIDAD: SEGURIDAD

Capacidad de autoprotección conservada

Riesgo de caída

Riesgo de acto lesión

Riesgo de infección

Riesgo de ulcera

Dolor

Observaciones: _____

3. NECESIDAD: ELIMINACIÓN

Urinaria

- Sin alteración observada
- Incontinencia:
 - Simple
 - Ocasional
- Retención
- Disuria
- Coluria
- Hematuria
- Sonda vesical

Intestinal

- Sin alteración observada
- Frecuencia
- Estreñimiento
- Diarrea
- Incontinencia:
 - Simple
 - Ocasional
- Acolia
- Melena

Observaciones: _____

4. NECESIDAD: TERMORREGULACIÓN

- Hipodérmico
- Hipertérmico
- Hipoglucémico
- Hiperglucémico

Observaciones: _____

5. NECESIDAD: REPOSO / SUEÑO

Patrón de sueño: _____ Sueño discontinuo Insomnio

Necesita ayuda / medicación.

Observaciones: _____

6. NECESIDAD: MOVILIZACIÓN

Actividad / Movilidad

- Completamente independiente
- Requiere el uso de un equipo o dispositivo
- Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza

Estado de conciencia

- Conciente
- Desorientado temporal espacial
- Letárgico

Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo

Inconsciente / comatoso

Dependiente

Observaciones: _____

7. NECESIDAD: RESPIRACIÓN

Sistema Respiratorio

Sin alteración observada

Disnea de esfuerzo

Disnea de reposo

Tos seca

Tos productiva

Sistema Circulatorio

Sin alteración observada

Palpitaciones

Entumecimiento

Extremidades frías

Edemas

Dolor precordial

Marcapasos

Observaciones: _____

8. NECESIDAD: HIGIENE / PIEL

Higiene

Autónomo

Higiene general:

Correcta

Incorrecta

Necesita ayuda:

Parcial

Total

Estado de piel y mucosas

Integra / hidratada:

Heridas

Deshidratada

Ictericia

Cianosis

Palidez

Ulceras:

Est I Localización: _____

Est II Localización: _____

Est III Localización: _____

Est IV Localización: _____

Observaciones: _____

9. NECESIDAD: VESTIRSE Y ELEGIR LA ROPA ADECUADA

Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

Observaciones: _____

10. NECESIDAD: COMUNICARSE

Lenguaje

<input type="checkbox"/> Sin alteración observada	<input type="checkbox"/> Mutismo
<input type="checkbox"/> Dificultad de comprensión	<input type="checkbox"/> Verborrea
<input type="checkbox"/> Dificultad de expresión	<input type="checkbox"/> Intubado
<input type="checkbox"/> Utiliza otro idioma	
<input type="checkbox"/> Lenguaje incoherente	

Visión

Sin alteración observada

Deficiente

Ceguera

Prótesis

Oído

Sin alteración observada

Deficiente

Sordo

Prótesis

Observaciones: _____

11. NECESIDAD: RELIGIÓN CREENCIAS

Solicita servicios religiosos si no

Observaciones: _____

12. NECESIDAD: APRENDER

Conoce el motivo del ingreso si no

Necesita información específica si no

Observaciones: _____

13. NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE

Situación laboral

trabaja

en paro

jubilado

invalidez

Estado anímico

tranquilo

triste

eufórico

ansioso

agresivo

Redes de apoyo

Vive sola si no

Familia si no

Observaciones: _____

14. NECESIDAD: ACTIVIDADES LÚDICAS

lectura televisión manualidades

Observaciones: _____

15. NECESIDAD: ACTIVIDADES LÚDICAS

lectura televisión manualidades

Observaciones: _____



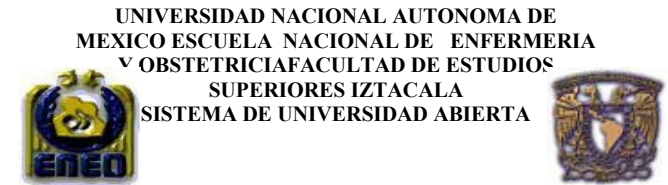
Un nuevo bebe un rayito de sol que iluminara tu vida y llenara de alegría.

Elaboro: Patricia Bazán Rosales, Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.

Asesora: Lic. Gloria Rodríguez Díaz.

Si presenta alguno de estos signos y síntomas acudir con su medico.

- Fiebre de 38°C o más.
- Sangrado transvaginal mayor al que normalmente este presentando.
- Herida roja o caliente.
- Vigilar la presencia de evacuación en un lapso no mayor a 48hrs.
- Si hay enrojecimiento y endurecimiento de uno de sus pechos acompañado de malestar y fiebre.



CUIDADOS EN EL PUERPERIO



¿QUE ES EL PUERPERIO?

Es el estado de readaptación de los órganos que participaron en el embarazo, hasta el nacimiento del bebé, con duración aproximadamente de 60 días.

ASPECTOS A CONSIDERAR DURANTE EL PUERPERIO

ALIMENTACION

Es importante mantener una dieta balanceada ingiriendo alimentos nutritivos que le ayudara a tener una buena digestión, dentro de estos alimentos son: vegetales verdes, cereales, leguminosas y frutas. Asimismo ingerir por lo menos dos litros de agua al día.



REPARACION DE LA MENSTRUACION

Si no amamanta, la menstruación reaparecerá a los 6-8 semanas después del parto.

Si amamanta inicia hasta los 4-6 meses después del parto.

LACTANCIA Y CUIDADO DE SUS MAMAS

La frecuencia debe de ser a “libre demanda”, (cada que su bebe lo pida).

Al principio aparecerá calostro.

Lubricar pezones y areola con secreción láctea.

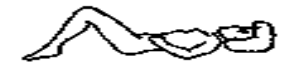
Lavarse las manos cada que le va a dar de comer a su bebe.

EJERCICIOS

Reposar por lo menos 2 horas diarias.

Restringir actividades hogareñas muy pesadas por lo menos 3 semanas.

Puede iniciar el ejercicio lentamente e ir aumentando con el paso de los días.



REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

No iniciar relaciones sexuales hasta que haya finalizado el puerperio, deberá utilizar un método anticonceptivo ya que la lactancia no es un método anticonceptivo seguro.

RECUERDE QUE SU ALIMENTACIÓN ES BÁSICA Y FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE SU RECIÉN NACIDO.



Mientras más balanceada sea su comida se producirá mejor leche, y su hijo obtendrá mejores beneficios.

RECOMENDACIONES GENERALES

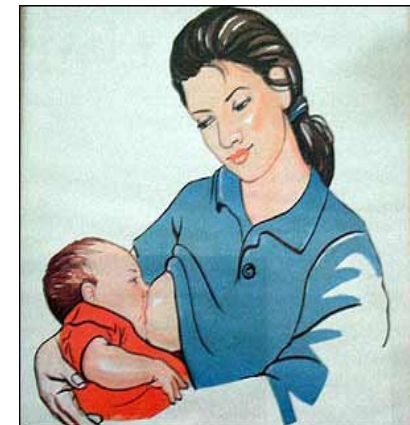
La madre debe prepara sus senos desde el embarazo.
Lave sus manos cada vez que amamante.
Cuando amamante a su hijo debe estar cómoda.
Platicarle y acariciarlo.

Elaboro: Patricia Bazán Rosales
Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.
Asesora: Lic. Gloria Rodríguez Díaz.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA



LACTANCIA MATERNA



LA LACTANCIA MATERNA ES
UN RECURSO NATURAL
INSUSTITUIBLE



LA LECHE MATERNA

Es el mejor alimento para el recién nacido ya que contiene nutrientes y líquidos necesarios para favorecer su crecimiento y desarrollo.

No necesita dar té o agua ya que la leche materna contiene el 87% de agua.

DEBE DAR LACTANCIA MATERNA
LOS PRIMEROS CUATRO MESES
DE VIDA

VENTAJAS AL RECIEN NACIDO

El niño se protege de infecciones como son: Diarreas, infecciones y enfermedades de oídos y vías respiratorias.

Tiene mejor desarrollo.

La leche se mantiene a temperatura ideal.



LA SUCCION FRECUENTE
ESTIMULA LA PRODUCCION DE
LA LECHE

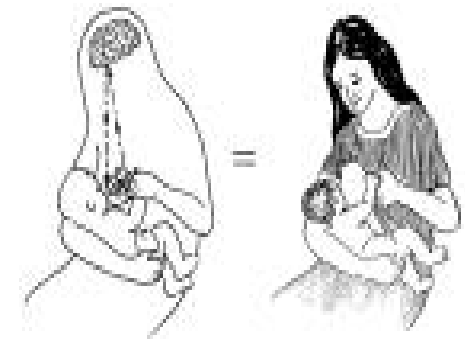
VENTAJAS A LA MADRE

Disminuye el sangrado.

El útero recupera mas pronto su tamaño.

Disminuye la probabilidad de cáncer de mama y ovario.

Hay un ahorro económico ya que no cuesta.



GLOSARIO

- 1.- ACIDO ASPÁRTICO. Aminoácido no esencial que está presente en el azúcar de caña, en la melaza y en los productos de degradación de muchas proteínas.
- 2.- ACIDO GLUTÁMICO. Aminoácido no esencial presente en numerosas proteínas.
- 3.- ACOLURIA. Ausencia o carencia de pigmentos en la orina.
- 4.- ACUFENO. Sensación auditiva anormal que en general es percibida solamente por el sujeto.
- 5.- ANTISÉPTICO. Que tiende a inhibir el crecimiento y la reproducción de los microorganismos.
- 6.- BRADISFIGMIA. Lentitud anormal del pulso con bradicardia o sin ella.
- 7.- CENTENO. Fase de desarrollo del hongo *claviceps purpurea*, cuerpo alargado arqueado que ocupa el lugar del grado de centeno.
- 8.- CONDUCCIÓN. Transmisión de las ondas sonoras, del calor o electricidad de las impresiones sensitivas o motoras.
- 9.- CONVECCIÓN. Transmisión de calor en líquidos o gases por los movimientos de las capas calentadas desigualmente.
- 10.- DIÁSTASIS. Separación forzada de dos partes que normalmente están unidas, como la separación de las partes de un hueso a la altura de la epífisis.
- 11.- ENDOTELIOSIS. Hiperplasia o proliferación del endotelio.
- 12.- ENTUERTOS. Contracciones del útero que aparece frecuentemente en los primeros días después del parto.
- 13.- ESTASIS. Trastorno en el cual se produce demora o detención del flujo normal de un líquido a través de un vaso del cuerpo.
- 14.- EYECCIÓN. Expulsión forzada de algo, como la sangre desde un ventrículo del corazón.
- 15.- FACTOR V. Pro coagulante inestable presente en el plasma normal, pero que es deficitario en la sangre de los hemofílicos.
- 16.- FIBRINA. Proteína fibrosa insoluble producto de la acción de la trombina sobre el fibrinógeno en el proceso de la coagulación. Es la responsable del carácter semisólido del coágulo sanguíneo.

17.- FIBRINÓLISIS. Proceso continuo de descomposición de la fibrina por la fibrinolisis que es el mecanismo normal de eliminación de los pequeños coágulos de fibrina.

18.- FOSFENO. Sensación luminosa producida por presión del globo ocular.

19.- HDL. Lipoproteína de alta densidad.

20.- HEMATÍE. Glóbulo rojo de la sangre.

21.- HEMÓLISIS. Fragmentación de los hematíes con liberación de hemoglobina.

22.- HIDREMIA. Exceso de agua en la sangre; proporción excesiva de suero sanguíneo con relación a los corpúsculos sin aumento de la masa total de sangre.

23.- HIPERREFLEXIA. Trastorno neurológico caracterizado por un aumento de las reacciones reflejas.

24.- HIPOPROTEINEMIA Trastorno caracterizado por una disminución de la concentración de proteínas en la sangre hasta un nivel anormalmente bajo, junto con edema, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal.

25.- HOMINIZACIÓN. Homínido. Perteneciente a la familia de los primates, Hominidae, que incluye a los humanos.

26.- HIPOTONÍA. Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculos; tensión intraocular menos; hipotensión.

27.- INHERENTE. Que por su naturaleza está unido a otra cosa, de tal forma, que no puede separarse.

28.- INSERCIÓN. Acción y efecto de introducir o implantar una cosa en otra.

29.- ISOTÓNICO. (de una solución) que tiene la misma concentración de soluto que otra solución de ahí que ejerza la misma cantidad de presión osmótica que esa solución.

30.- LOQUIOS. Derrame sanguíneo, serosanguíneo y seroso sucesivamente, por la vagina en las primeras semanas después del parto.

31.- MIOFIBRILLA. Banda alargada estriada de tejido muscular. Las miofibrillas se sitúan constituyendo grupos con un trayecto paralelo al eje mayor de la célula.

32.- MÍTICO.- Perteneciente o relativo al mito.

33.- MITOGENIA. Producción o generación por mitosis.

34.- MUTACIÓN. Cambio poco habitual en el material genético que se produce de forma espontánea o inducida.

35.- NO. Oxido nítrico.

36.- OLIGOHRDRAMNIOS. Cantidad anormalmente pequeña o ausencia de líquido amniótico.

37.- PATOGNOMÓNICO. (Signo o síntoma) específico de una enfermedad o trastorno, como la manchas de Koplik en la mucosa bucal y lingual que indican sarampión.

38.- QUILOMICRONES. Los quilomicrones están constituidos por triglicéridos cerca del 90% con pequeñas cantidades de colesterol, fosfolípidos y proteínas. Se sintetizan en el tracto gastrointestinal y transportan los glicéridos de la dieta desde la mucosa intestinal al plasma.

39.- RECEPTOR. Grupo químico en la superficie de toda célula inmunológicamente componente que es capaz de combinarse con el antígeno.

40.- SGOT. Transaminasa glutámico oxalacética sérica.

41.- TAXONOMÍA. Sistema de clasificación de organismos basado en las relaciones naturales y en la asignación de un nombre apropiado a cada uno.

42.- TENESMO. Espasmo persistente e ineficaz del recto o de la vejiga, acompañado de deseo de defecar u orinar.

43.- TRIPLOIDÍA. Estado o alteración de tener tres grupos completos de cromosomas.

44.- TRISOMIA 13. Anomalía congénita causada por la presencia de un cromosoma extra del grupo D, predominantemente el cromosoma 13, o los cromosomas 14 o 15 en casos raros.

45.- TROMBOFILIA. Tendencia a padecer trombosis.

46.- VAGOTONÍA. Tipo de constitución debido a la hiperfunción del sistema parasimpático caracterizado por la inestabilidad cardiovascular, bradicardia, estreñimiento y espasmos motores involuntarios.

47.- VLDL. Lipoproteínas de muy baja densidad.