



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO EFECTIVO
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

María Angélica Zarco Becerra

Nº Cta.: 82369688

DIRECTOR DEL TRABAJO

Mrta. Gandhi Ponce Gómez

México, Mayo del 2008



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. METODOLOGÍA	4
IV. MARCO TEÓRICO	5
4.1. Cuidados de Enfermería	6
4.2. Proceso de Atención de Enfermería	19
4.3. Teoría de Virginia Henderson y la Valoración de las Necesidades de acuerdo a Henderson	25
4.4. Mujer embarazada	36
4.5. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino	39
4.6. Puerperio Fisiológico	51
4.7. Cambios Fisiológicos del Puerperio	58
4.8. Intervención de Enfermería en el Trabajo de Parto	63
V. Plan de Atención de Enfermería	
5.1. Presentación del Caso	69
5.2. Valoración de las 14 Necesidades según Virginia Henderson	70
5.3. Plan de Atención de Enfermería	71
5.4. Plan de Alta	76
VI. CONCLUSIONES	78
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto se refiere a la serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa al producto de la concepción. Es un esfuerzo físico que se aplica para alcanzar una meta específica. Otros términos para este proceso son nacimiento expulsión, extracción. El nacimiento real del niño se denomina expulsión.

El parto es una experiencia única y que produce sumisión no sólo en la madre y el padre, que son los principales participantes, sino también en el personal al cuidado de la salud que comparte su experiencia. Desde el punto de vista de la pareja el trabajo de parto es un periodo crítico en el proceso del parto; con frecuencia, se le considera como el momento culminante de un proceso, más bien como el comienzo de un nuevo papel. Por tanto se concede enorme significado a los eventos y personas necesarias que proporcionan ayuda en ese momento.

Los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más usuales, los más numerosos y los más importantes que se han proporcionado para ayudar a preservar la vida humana. Aplicados erróneamente ya que se enfocaban a curar (cure); todo aquello que obstaculiza la vida; descuidando así todo lo que para el ser humano pueda seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas y a todo aquello que tiene sentido garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser.

Por lo que en nuestros días gracias a la aportación de Virginia Henderson tenemos una herramienta básica; el profesional de enfermería para llevar a cabo el cuidado (care); efectuando una infinidad de actividades, que nos permite ayudar a mantener y conservar la vida para que esta continúe y se reproduzca.

El proceso de enfermería que se elaboró fue aplicado a una embarazada en trabajo de parto efectivo, llevado a cabo en Hospital Regional Ecatepec del ISSEMYN en el área de la unidad de tóco cirugía basado en el Modelo de necesidades de Virginia Henderson; el cuál contiene la valoración de las necesidades reales y potenciales que se obtuvieron de la cliente para inferir los diagnósticos de enfermería dando pauta para que el personal de enfermería estructure su plan de cuidados y formule un plan de alta para el fomento del auto cuidado y mantenimiento de la vida.

Contiene en el segundo capítulo sus objetivos generales y específicos enfocados a precisar la meta y ejecución de dicho proceso. En el tercer capítulo se describe en breve la metodología del trabajo, en cuanto a la elección y obtención de la información recabada del caso, así como el modelo teórico utilizado.

En el marco teórico capítulo IV, se desglosa sobre los cuidados de enfermería, tipos de cuidados, elementos, tecnologías, que participan en la construcción del proceso de atención de enfermería etc.; definición del proceso con sus etapas, el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, aspectos psicológicos en la mujer embarazada, puerperio fisiológico y cambios fisiológicos en el puerperio e intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico.

El plan de atención esta incorporado en el capítulo V donde se expone los problemas detectados y sus diagnósticos, anexando un plan de alta para fomentar el auto cuidado.

Las conclusiones y referencias bibliográficas se encuentran plasmadas en los capítulos VI y VII

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de atención de enfermería a una embarazada en trabajo de parto efectivo en base al Modelo de cuidados de Virginia Henderson con el propósito de satisfacer las necesidades del binomio y contribuir a una buena relajación durante el trabajo de parto.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Efectuar una valoración holística a una embarazada basada en el Modelo de cuidados de Virginia Henderson apoyándose en la historia clínica.
- Complementar un plan de cuidados para satisfacer las necesidades de la madre y contribuir a una buena relajación durante el trabajo de parto.
- Anexar un plan de alta adecuado a los problemas potenciales y reales de la embarazada favoreciendo su salud para fomentar el auto cuidado.

III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

La implementación del proceso de atención de enfermería fue aplicada a una mujer embarazada de 20 años de edad en base al modelo de Virginia Henderson.

En el Hospital Regional Ecatepec ISSEMYN en la unidad teco cirugía; donde fue seleccionada para plasmar el plan de cuidados.

La recolección de la información se retomó sólo del cliente antes y después del puerperio como en hospitalización.

La valoración de enfermería se enfocó en el problema que se visualiza al momento de su ingreso, definiendo problemas reales y potenciales con el fin de definir los diagnósticos de enfermería, dando pauta al plan de cuidados y a la ejecución de intervenciones de enfermería.

En la medida en que se fue plasmando el proceso de atención de enfermería se evaluaba para poder discernir las intervenciones de enfermería.

Se anexa un plan de alta en base a los cuidados que debe seguir el cliente para la normalización de su estado físico y fomento del auto cuidado.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más usuales, los más numerosos, y los más importantes que se han proporcionado para preservar la especie humana. Con la expansión masiva de la posibilidad de tratar de ayudar a vivir; los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las prácticas curativas (las de los padres, los vecinos, los amigos y hasta el personal de enfermería auxiliar), descuidando gravemente todo lo importante para que un niño, un adulto o un anciano pueda seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas: adquirir un desarrollo psicomotor o no perderlo, desarrollarse, mantener su cuerpo y su imagen corporal, desplazarse, tener una vida de relaciones etc. Y todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser.

Por lo cual la finalidad de los cuidados de enfermería según Edgar Morin¹ es permitir a los usuarios de cuidados, desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida. Para comprender su naturaleza hay que situarlos en el contexto de su significado real del proceso de VIDA Y de MUERTE al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Cuidar es un acto de vida², en el que se requiere efectuar infinidad de actividades para ayudar a mantener y conservar la vida permitiendo que esta continúe y se reproduzca. Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se da a cualquier persona temporal o definitivamente (nacimiento, infancia, adolescencia, edad adulta).

TIPOS DE CUIDADOS

Los cuidados de costumbre y habituales (care): cuidar, ocuparse de. Tienen la función de conservar y mantener la vida, semejantes a los que proporciona una madre con su hijo, el aprender a comer, bañarse, hablar, caminar, tener hábitos, etc.; estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, los objetos familiares, etc. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados de curación (cure): curar, reseca, tratar, suprimiendo el mal.

Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. En el afán de curar todo aquello que obstaculiza la vida sea olvidado tomar en cuenta los cuidados habituales y de costumbre propiciando una ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno, aniquilando progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona y de todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital sean de la naturaleza que sea (física, afectiva o social etc.), puede llegar a ser un deterioro irreversible.

Pensamiento de Nightingale F. "Creo que los verdaderos elementos de los cuidados de enfermería siguen siendo completamente desconocidos".³

Elementos que participan en la construcción del proceso de enfermería. Para reconocer el trabajo de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería, especificando a que conocimientos a recurrido, que tecnologías, ha utilizado, y cuales son las creencias y los valores sobre los que se basa la presentación de los cuidados de enfermería.

Los conocimientos: Según Bistenky⁴ la adquisición de competencia profesional requiere de un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia.

Fuentes de conocimientos: es un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, buscándole el sentido con respecto a la persona que los vive, en conexión con su contexto de vida y las actividades de su vida.

Primera fuente de conocimientos: es la persona o grupo que se expresa sobre un problema; para poder descubrir, entender y comprender lo que nos dicen las personas que solicitan cuidados, según Colliere⁵ es necesario volver a aprender a ver y volver a aprender el lenguaje: el lenguaje hablado por la gente en la vida diaria (el no verbal: vestido, peinado, postura), etc. y el coloquial (preocupaciones o de dificultades).

Que conocimientos: Ya no es posible considerar los cuidados de enfermería sin beber de unas fuentes de información muy variadas como la biología (no la patología), la demografía, la psicología social, la antropología cultural, la sociología, y la economía. Los cuidados de enfermería sólo pueden tener sentido y evolucionar si se nutren de los interrogantes sobre las fuerzas contradictorias e indisociables de la vida y de la muerte⁶.

Como encontrar estos conocimientos: Tienen que ser adquiridos a través de la formación y en el terreno del ejercicio profesional. Para que se puedan utilizar y resultar significativos los conocimientos necesitan plasmarse en unas formas pedagógicas vivas que se nutran de la vida que nos rodea, en sus diferentes aspectos y manifestaciones; localizándolos en: distintos medios de vida, revistas, diarios, libros y periódicos, películas, actividades deportivas, recreativas, artísticas, culturales, y de expresión. estos medios de comunicación pueden contribuir a ampliar considerablemente nuestra forma de ver la vida y a comprender mejor los problemas que se les plantean a los hombres dando lugar a las necesidades de salud como a procesos de deterioro, de destrucción, de inadaptación como los que aparecen con una enfermedad o accidente.

Organización y utilización de los conocimientos: el problema crucial es el del principio organizador del conocimiento y lo que hoy es vital, no es sólo volver aprender, sólo volver a aprender sólo desaprender, si no reorganizar nuestro sistema mental para volver a aprender “a aprender”.

El método es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización, son los principios operativos que ayudan a pensar por si mismos como explica Edgar Morin⁷ al precisar la raíz de la palabra método que en su sentido original significa la vía , el camino para hacernos conocer, es decir para permitirnos nacer con. La fase en que nazco, a continuación sigo naciendo con lo que me alimenta, después me reconozco en lo que me alimenta, el conocimiento contribuye a formar mi identidad, la identidad mi ser pensante que, a su vez se modifica en acción permitiéndome crear, transformarme y movilizarme.

Los conocimientos sólo pueden ser útiles y fuentes de desarrollo si son el encuentro de la experiencia vivida con todo aquello que puede alimentar, nutrir, y enriquecer esta experiencia para darle sentido y permitirle regenerarse y volver a crearse.

Los cuidados de enfermería deben hacer frente a situaciones donde se enfrentan las fuerzas de la vida y de la muerte, no pueden ignorar la compleja red del principio del placer y de la realidad. Los conocimientos utilizados por una profesión constituyen un patrimonio, que da lugar a otros conocimientos y sirven de base permanente para la evolución profesional. Este patrimonio solo puede constituirse si existen textos que sirvan a la vez de garantía referencia y de motor para la evolución.

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento. Es un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significado y puede hacerse perjudicial e incluso peligrosa.

Los cuidados y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación, de relajación y de apariencia.

La tecnología no ha sido considerada realmente por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, que se relaciona con los demás.

Solamente si se estudian sus propiedades, sus obligaciones y sus limitaciones de la misma manera que otros conocimientos, se pueden volver a situar en su justa medida sus efectos, reconocidos como fundamentales y al mismo tiempo relativizarlos sustituyéndolos en el conjunto de las circunstancias, elementos y medios que constituyen el proceso de los cuidados de enfermería.

TIPOS DE TECNOLOGÍAS

El cuerpo ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería en el sentido que es el vehículo mediador⁸ entendido ha si por Mac Luan de los cuidados. Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona. Esto nos lleva a preguntarnos por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados.

El tacto es el primer sentido utilizado en la presentación de cuidados, primero a través de la madre y luego por las manos de todos los que prestan cuidados, (transportar, manipular, tocar sentir, acariciar, levantar, calmar etc.). Un sin fin de acciones que son realizadas por las manos en el proceso de la prestación de cuidados.

El oído transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha, que solo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo e intentar comprender el simbolismo de las palabras.

La vista sitúa a las personas en su entorno, descubre sus rostros descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo (este doblado, contorsionado, suplicante, nervioso, etc.).

Hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan solo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad; que es lo que siente, busca lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno siente.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta:

- Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- Las tecnologías para la curación,
- Las tecnologías de la información.

TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA

Son de una gran variedad y deben ser siempre objeto de la imaginación y la creatividad. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren, al aseo, al tipo de alimentación, al significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización del espacio dentro de la habitación, a la vivienda, etc. Estas tecnologías están relacionadas con otras que todavía son poco utilizadas las tecnologías que compensan defectos funcionales.

Existen tecnologías que compensan los defectos funcionales tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño contribuyendo a dar autonomía total o parcial a los enfermos y aliviar a las personas y al personal cuidador. Asegurando la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas (alimentación, aseo, vestido, evacuación desplazamiento, etc.).

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a servirse de ellos, forma parte de intrínsecamente del dominio de los cuidados de enfermería.

TECNOLOGÍAS DE CURACIÓN

Las tecnologías para la curación al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería dejando escapar todo el inmenso dominio del discernimiento de los cuidados para el mantenimiento de la vida, llegando hasta el punto de suplir estos cuidados por tecnología de curación. Basado esencialmente en las técnicas, es decir en “el modo de empleo” de los instrumentos, en el “saber utilizar”, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como los límites de su uso.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además, hay que volver a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos su multiplicación y la falta de pertinencia de su contenido.

La multiplicidad de la información; se encuentra tanto en el hospital como fuera de él donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: diversidad de interrogatorios, documentos de información recogidos, cuestionarios, que fragmentan la información y aísla cada aspecto de la situación que en lugar de ser beneficiosa es perjudicial para la persona.

La falta de pertinencia del conjunto de la información relativa al enfermo o al usuario; esta información fragmentada pierde su coherencia como acción continuada.

La falta de análisis de las informaciones recogidas hace que su consignación sea arbitraria sin que exista otro hilo conductor que de lugar a una acción que la controle, o la respuesta a una pregunta tras otra. Agravamiento de los problemas por falta de análisis y de seguimiento de los mismos, protección que favorece la dependencia.

Actualmente hay dos tipos de instrumentos de información principales: la historia de la enfermería y gestión del servicio de enfermería.

Historia de la enfermería; es un instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, aplicado a un tipo de problemas de orden físico o afectivo que se plantea al enfermo por su enfermedad, por las distintas deficiencias que este produce así como la naturaleza de los cuidados que requieren.

Esta expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se plantean a las familias nos permiten desarrollar líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados. La historia tiene sentido y es eficaz si las personas que las realizan han desarrollado una capacidad de analizar el proceso de los cuidados o el de la acción sanitaria.

Gestión del servicio de enfermería; son todos aquellos elementos de coordinación de la información dirigidos a garantizar las diferentes actividades de los servicios. Hay que estudiar su forma, su técnica, su número, y su situación, en función de su naturaleza de los cuidados y su frecuencia.

Estos instrumentos de información no pueden bastarse por si mismos si no existen formas de recopilar datos enfocadas a elaborar y evaluar el proceso de los cuidados o de la acción sanitaria, reuniones de gestión del servicio.

La utilización de un conjunto de tecnologías en los cuidados de enfermería plantea el problema del uso que se haga de ellas⁹.

La clase de cuidados de enfermería que le ofrecemos a los usuarios estará mejor identificada si determinamos la convivencia de los instrumentos que empleamos y la forma que tenemos de utilizarlos. El significado y el impacto de las tecnologías empleadas también dependen estrechamente del vínculo que se establece entre la tecnología utilizada y la relación que la acompaña.

Así, cuando la madre baña a su hijo, esta contribuyendo a su desarrollo psicomotor total; porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que estimula toda su naturaleza, siendo por lo tanto fuente de consciencia y de desarrollo. La integración de los procedimientos tecnológicos y del proceso de relación es también inseparable en los cuidados curativos.

El empobrecimiento gradual y cada vez mayor de los cuidados tiene repercusiones tanto para los usuarios como para los que los prestan. Esto no sólo ha afectado a la enfermería, sino a todos los cuidados proporcionados dentro de la familia, que a menudo sufren esta misma desintegración. Hay muchas más madres de lo que uno se podría imaginar para las que el baño y el aseo del niño sólo es un acto de higiene y para otras no tiene mayor trascendencia.

Por eso es necesario reconsiderar la utilización de los instrumentos y de las técnicas empleadas en los cuidados dentro de la amplitud de las relaciones, ya que estas son las que les dan sentido. Mientras existan tecnologías y técnicos (formadas y modeladas por las tecnologías), y por otro lado unas relaciones tan disociadas de los cuidados confiadas cada vez más a los especialistas, el proceso de los cuidados será ilegítimo y pobre y no lograra su objetivo creando frustraciones y sentimientos de culpabilidad en los que prestan cuidados y graves sinsabores en los usuarios de los cuidados.

Gracias a las corrientes que proceden de la psiquiatría y de las medicinas paralelas, los enfermos y las enfermeras comienzan a iniciarse en estos nuevos enfoques a integrarlos en sus cuidados. Los cuidados de enfermería deben nutrirse de todo tipo de campos y de tecnologías variadas, recrearlas, volverlas a pensar, adaptarlas para la aplicación de cuidados.

TECNOLOGÍAS SENCILLAS

Son aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar una infinita gama de instrumentos y de técnicas variadas y sencillas, adaptadas a la gente y que pueden ser utilizadas por los mismos usuarios.

De acuerdo a la OMS¹⁰ para dispensar cuidados elementales es necesaria una tecnología elemental que pueda ser fácilmente comprendida por la población y fácilmente practicada por los especialistas. La identificación o la apuesta a punto de esta tecnología forman parte de la revolución en salud de las personas y de los grupos.

Se ha dado prioridad a tratamientos hospitalarios de los enfermos agudos y poco se ha enfocado a los cuidados primarios de la salud así como en la protección sanitaria permanente y necesaria de aquellas personas que padecen enfermedades físicas o mentales crónicas y los que tiene minusvalías.

Creencias y valores. Si los conocimientos y las tecnologías son propios de un oficio para realizar un trabajo o para proporcionar un servicio, una profesión tiene unas creencias que son la base de las ideologías que determinan comportamientos.

Los cimientos de la enfermería han sido, en principio, las creencias religiosas heredadas de las mujeres consagradas, que hacían una profesión de fe antes de transmitirse por la moral profesional, dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinadas respecto a la responsabilidad de servir.

Fundamento de las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres, las cuales representan en si mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. A medida que se repiten y se asientan las costumbres dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente no deseable. Son de hecho la base de los hábitos de pensamiento que se transformaran en creencias.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboraran a partir de los medios de vida y de hecho son tributarias de las características del espacio del territorio donde vive el grupo, están reglamentadas por el tiempo que les marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche, al estar sometidas al deterioro del tiempo pueden esfumarse para revivir de nuevo o para desaparecer; constituyen el elemento que representa la permanencia y la estabilidad del grupo aseguran y garantizan el sentimiento de pertenencia y permiten forjar una identidad gracias a unas formas de actuar que determinan formas de centrarse e identificarse.

Naturaleza de las costumbres y creencias. Encuentran sus orígenes en las practicas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, practicas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo: esfuerzos físicos, sueño, ritos de purificación, masajes, cuidados estéticos, formas de vestir, ritos de paso, etc.

Constituyen las costumbres más ancestrales del mundo y siempre están subyacentes a las formas de expresión del proceso salud enfermedad; son la base de la elaboración de todos los comportamientos y actitudes; las otras costumbres y creencias se incorporan a este núcleo cultural de base añadiéndose, como una superestructura.

Valores; están vinculados a las costumbres y las creencias se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado. Se apoyan en las creencias que alientan y mueven en forma de comportamientos y actitudes.

Los valores fundamentales son aquellos que tienden a conservar y mantener todas las prácticas indispensables para la supervivencia del grupo y en ningún caso se puede modificar por encima de un cierto umbral sin correr el riesgo de que el grupo muera.

Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas, las personas cuidadas y los cuidadores; con costumbres y por tanto, creencias diferentes y están sometidos a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida.

Transmisión y modificación de las costumbres y las creencias de un grupo;
Dice F. Raphael .¹¹ Que la única forma de escapar del dogmatismo de las creencias es permanecer abierto a nuevas formas de ver y de comprender, a nuevos conocimientos que vengan a enriquecer el núcleo de certezas indispensable para toda existencia. En todo grupo social en toda sociedad se enfrentan los factores de mantenimiento y los factores de cambio.

Las creencias y costumbres actúan como mecanismos de defensa culturales; vigilando estas nuevas formas de actuar, desempeñan un papel protector con respecto al movimiento de los cambios pero su enorme estabilidad o su falta de claridad puede obstaculizar la adaptabilidad de las personas y de los grupos.

Factores que influyen en las creencias y los valores e inspiran la concepción de los cuidados de enfermería. Los cuidados de enfermería están influidos por unas creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional y por los de otros grupos que participan en los cuidados.

Pero también están influidos por el terreno institucional y el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional.

Menciona Sainsaulieu¹² que cada vez se constata con más frecuencia hasta que punto puede estar un individuo influido en su forma de razonar, de simbolizar y de interpretar su experiencia o la de los demás por las circunstancias de la comunicación en el trabajo determinadas de forma interactiva por las formas y estructuras de la organización del trabajo.

La realidad es la inserción de las situaciones en el medio de trabajo, directamente influidas por las costumbres las creencias y los valores transmitidos en este medio.

Incidencia en la práctica de los cuidados de enfermería; es importante conocer y comprender las creencias y los valores heredados del pasado: lo que ha dado origen a la práctica de aplicación de cuidados, lo que ha orientado su evolución a través de las costumbres y creencias que valoran la fecundidad y el grupo social y posteriormente las que valoran el cuerpo enfermo, pobre y desprovisto que aíslan cada vez más al individuo del grupo para relegarle al mal que padece.

Al proceso de la vida y de la muerte tal y como lo tienen que vivir y afrontar los hombres en los diferentes medios de vida es importante comprender como en el seno de cualquier grupo profesional la cultura determina la salud y oriente el sentido que el hombre da al sufrimiento, a la enfermedad y a la muerte y los comportamientos con los que se asocia.

Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados tanto las personas cuidadas como los cuidadores; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten o se modifican, todo ellos para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la practica de los mismos.

La concepción de los cuidados de enfermería no puede transformarse por este descubrimiento o redescubrimiento permanente de los diferentes aspectos fundamentales de la vida volviéndolos a centrar según las vivencias socioculturales, socioeconómicos y socio institucionales de las personas y de los grupos en unos medios determinados.

4.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), y Blach (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Se define como. Un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería¹³; tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado.

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1).Valoración, 2).Diagnostico de enfermería, 3).Planeación, 5). Ejecución y 6). Evaluación. (Ver cuadro 1):

- ❖ **Valoración.** Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida de datos y organización de los datos que concierne; a la persona, familia, entorno, para las decisiones y actuaciones posteriores.

- ❖ **Diagnóstico de Enfermería.** Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia, o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales, o potenciales que proporcionan la base para la selección de actuación de enfermería¹⁵.

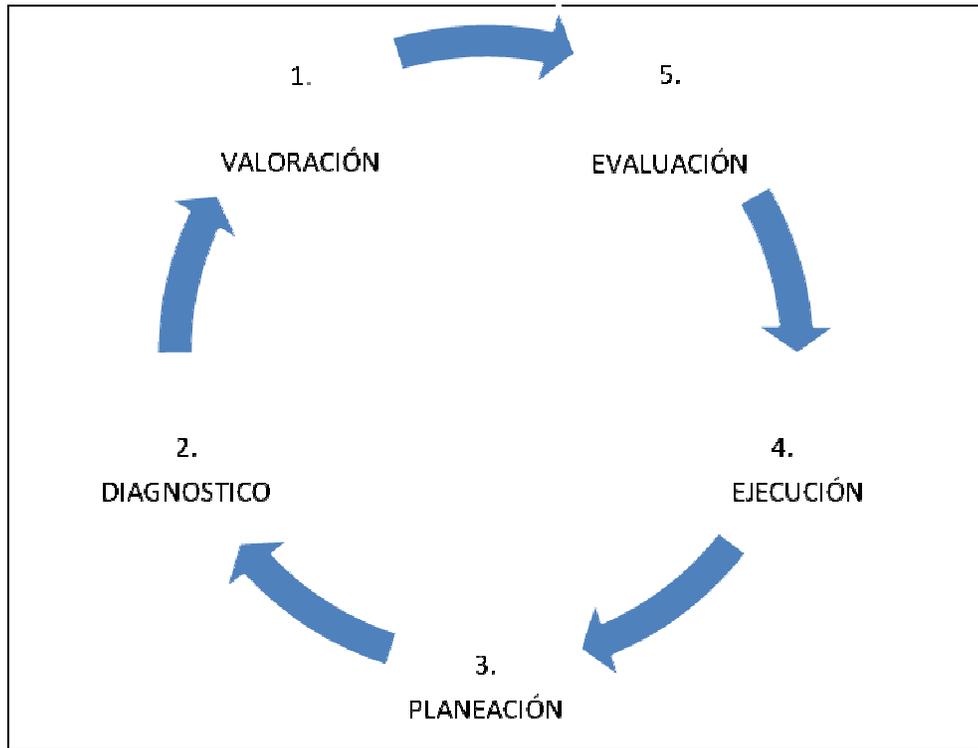
- ❖ **Planeación.** Contempla el desarrollo de estrategias, determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas más identificados en el diagnóstico¹⁶.

- ❖ **Ejecución.** Aplicación de medidas preventivas, terapéuticas de vigilancia y control o promoción del bienestar, favoreciendo establecimiento de una relación terapéutica, facilitando el proceso de aprendizaje del cliente para contribuir a su mantenimiento y restablecimiento de la salud¹⁷.

- ❖ **Evaluación.** Evalúa regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evaluación para el logro de los objetivos marcados.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuadro N.1



Su principal objetivo. Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia, y la comunidad, así como:

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

Se caracterizan por que:

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

Sus ventajas. La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene normas de calidad de los cuidados de enfermería.¹⁸

VENTAJAS	
PACIENTE	ENFERMERA
-Participación en su propio cuidado	-Se convierte en experta
-Continuidad en la atención	-Satisfacción en el trabajo
- Mejora la calidad	-Crecimiento profesional

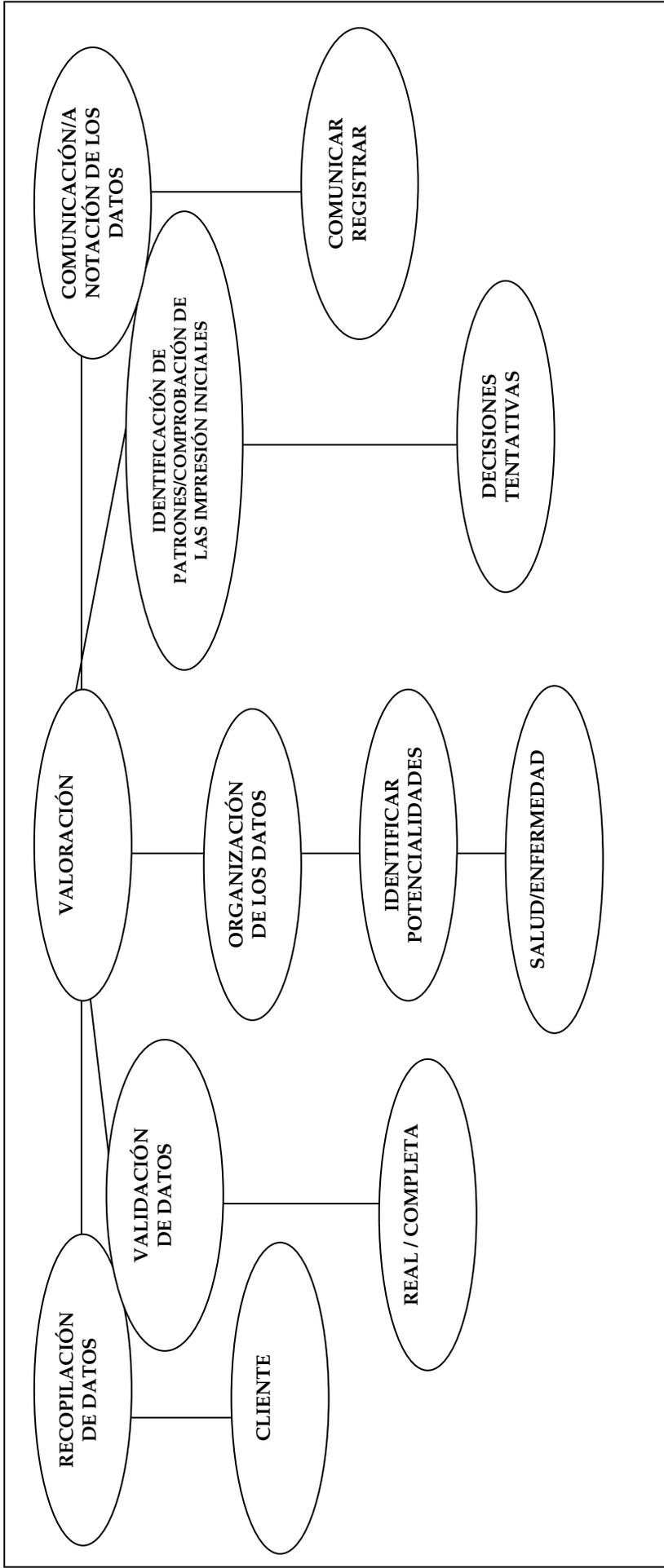
El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura localización del cuidado del cliente ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia, y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería. Éste ha sido concebido a partir de los numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de la enfermera en los diferentes niveles de atención. La enfermería de hoy requiere sustentar el cuidado enfermero siendo esto posible, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

La enfermera de hoy requiere sustentar el cuidado enfermero siendo este posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional lógica y sistemática sin olvidar los componentes humanísticos¹⁹.

VALORACIÓN. Es de la identificación del problema cuando se reúne información para asegurarse de que dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas que le permitan formarse una idea clara del estado de salud del paciente. Como todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida durante esta fase; esta etapa debería considerarse muy importante, en la que se realizan actividades específicas que ayudaran a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados²⁰. **(Ver cuadro N.2).**

Cuadro N.2



4.3. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON Y LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE ACUERDO CON HENDERSON.

Antecedentes históricos

1827 Nació Virginia Henderson originaria de Kansas City, Missouri. Vivió su infancia en Virginia ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D. C. fue ahí donde se despertó su interés por la enfermería. En 1918 Ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D. C. y 1921 Se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York²¹. 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collage de Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B. S. y M. A. con especialización en docencia de enfermería. 1966 Edita su obra The Nature of Nursing, describiendo su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería y en 1980 recibe más de nueve títulos de doctorado honoríficos y el primer premio Christiane Reimann. 1988 recibe de la (ANA) mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida. En 1996 Henderson fallece de muerte natural en marzo a la edad de 98 años dejándonos su definición de enfermería que es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

Hubo tres factores que influyeron para compilar su definición: Primero fue la necesidad de aclarar la función de las enfermeras; en segundo lugar señalo que ese informe reflejaba su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo Regional de Nacional Nursing Council 1996 y finalmente Henderson se interesó sobre los resultados de cinco años de investigación de la asociación (ANA) sobre la función de de la enfermera y se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó al respecto dicha asociación en 1955.

Describió su interpretación de la enfermera como una síntesis de muchas influencias algunas positivas otras negativas. Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

Henderson no dio una definición propia de salud, comparó la salud con independencia; cito diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la OMS. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Declaró, “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental / físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas”.

Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. “El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud e independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

La relación enfermera – paciente. Referente a este punto se pueden establecer tres niveles que van de una relación muy dependiente a la práctica independiente:

Enfermera como sustituta. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Enfermera como auxiliar. Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Enfermera como compañera. Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico. La posición social o cultural y la capacidad física e intelectual. Henderson señalaba que se puede sacar más partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

Relación enfermera – médico. La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud. La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Henderson contempla tres fases en el plan de estudios dentro del aprendizaje de todo estudiante. Todas ellas giran entorno a un mismo eje: Asistir al paciente cuando necesita fortaleza, voluntad o conciencia para llevar acabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independendencia.

En primer lugar, se hace particular hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas. En esta etapa del programa de estudios no se remarca el estado patológico o la enfermedad en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que, siempre presente, afecta a las necesidades básicas del paciente.

En la segunda fase, se pone el acento en la ayuda a los pacientes para satisfacer las sus necesidades en casos de grandes trastornos corporales o estado patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera, el paciente plantea al estudiante problemas de mayor envergadura. Obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y a que el estudiante comience a comprender las razones del tratamiento de los síntomas.

En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y la familia. El estudiante se compromete con un estudio completo del paciente y de todas sus necesidades.

Las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia. Instaba a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación más para mejorar su actividad que por puro prestigio académico

Henderson ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar y participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades, adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerla en diversas circunstancias.

Concluyó que ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación. La investigación es el tipo de análisis más fiable.

A medida que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

La enfermería no existe en un vacío; debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando.

Muchos de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas.

Por ejemplo las 14 necesidades básicas se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada aunque Henderson confeccionó su relación antes de leer de Maslow y son las siguientes:

NECESIDADES BÁSICAS ²²				
NECESIDAD DE:	DEFINICIÓN	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD	INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA INDEPENDENCIA/NECESIDAD	
1. Respirar	Capta el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.	Factores biológicos: postura, ejercicio, alimentación, estatura y sueño. Factores psicológicos: las emociones Factores sociológicos: aire ambiental, clima, vivienda y lugar de trabajo.	a) Averiguar los hábitos del cliente b) Planificación de las intervenciones: Ejercicios respiratorios frecuentes Actividades físicas moderadas: caminar etc. Hidratación adecuada Humedad y temperatura ambientales en los límites de la normalidad. Aireación suficiente Ejercicios de relajación para el control de la respiración. Evitar las comidas copiosas, el tabaquismo, la contaminación, el sobre peso, los vestidos ajustados, y la movilidad.	
2. Beber y Comer	Es la ingestión y absorción de los alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.	Factores biológicos: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas. Factores psicológicos: las emociones Factores sociológicos: el clima, status socioeconómico, la religión, cultura.	a) Averiguar los gustos y hábitos alimentarios del cliente. b) Planificación de la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. c) Enseñanza: De la guía alimentaria según la edad, la estatura, y la corpulencia del cliente. De la salubridad de los alimentos.	

<p>3. Eliminar</p>	<p>Es el deshecho de sustancias perjudicial les e inútiles que resultan del metabolismo</p>	<p>Factores biológicos: alimentación, ejercicio, edad, horario de la eliminación intestinal. Factores psicológicos: estrés, la ansiedad y las emociones fuertes Factores sociológicos: normas sociales</p>	<p>a) Averiguar los hábitos de eliminación del cliente. teniendo en cuenta sus actividades. c) Enseñanza: De los medios de regularizar la eliminación. De técnicas de relajación. Del conocimiento de los alimentos y de los líquidos que favorecen la eliminación.</p>
<p>4. Moverse y mantener una buena postura</p>	<p>Es estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.</p>	<p>Factores biológicos: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas. Factores psicológicos: emociones, personalidad. Factores sociológicos: cultura, roles sociales, organización social.</p>	<p>a) Averiguar las necesidades de ejercicio del cliente b) Planificación de un programa de ejercicios con el cliente, teniendo en cuenta su condición física. c) Enseñanza: De ejercicios físicos moderados. De técnicas de relajación y de descanso... d) Procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo y sobrepeso.</p>
<p>5. Dormir y Descansar</p>	<p>Es una necesidad humana que debe llevar se acabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.</p>	<p>Factores biológicos: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño. Factores psicológicos: ansiedad. Factores sociológicos: horario de trabajo.</p>	<p>a) Averiguar la cantidad y la calidad del sueño y del reposo necesario para el individuo. b) Planificación de los períodos de reposo y de sueño c) Enseñanza: De técnicas de relajación. De medios para favorecer el sueño y el reposo. De un modo de vida regular.</p>
<p>6. Vestirse y Desvestirse</p>	<p>Es necesario para proteger el cuerpo del rigor del clima, asegura la integridad del individuo preservando su intimidad sexual y varía de una cultura a otra.</p>	<p>Factores biológicos: edad, talla, peso, las actividades. Factores psicológicos: creencias, emociones. Factores sociológicos: clima status social, empleo y la cultura.</p>	<p>a) Averiguar los gustos y el significado de la ropa en el cliente. b) Enseñanza del tipo ropa requerido según el clima, las actividades etc.</p>

<p>7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales</p>	<p>El mantenimiento de este equilibrio está dado por el funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo que regulan la temperatura corporal. Adulto sano 36.1°C y 38 °C</p>	<p>Factores biológicos: sexo, edad, el ejercicio, la alimentación, y los cambios diurnos. Factores psicológicos: ansiedad y emociones. Factores sociológicos: lugar de trabajo, clima y vivienda.</p>	<p>Calor Reducción de los alimentos en cantidad y calorías (grasa, azúcar, proteínas). Ingesta de líquidos y alimento fríos. Disminución de los Esfuerzos físicos Ventilación adecuada. Indumentaria ligera, ancha, y blanca.</p> <p>Frío Aumento de los alimentos en cantidad y calorías (grasa, azúcar, proteínas). Ingesta de líquidos y alimentos calientes. Ejercicios musculares. Calefacción adecuada. Utilizar ropa gruesa.</p>
<p>8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos</p>	<p>Necesidad que tiene el individuo por conseguir un cuerpo aseado y una apariencia cuidada y mantener una piel sana para que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbio, etc.</p>	<p>Factores biológicos: edad, temperatura, ejercicio, y alimentación. Factores psicológicos: emociones, y educación. Factores sociológicos: cultura, corriente social, organización social.</p>	<p>a) Averiguar los hábitos higiénicos del paciente. b) Planificación de los hábitos higiénicos con el cliente. c) Enseñanzas de medidas de higiene.</p>

<p>9. Evitar los peligros</p>	<p>Es protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.</p>	<p>Factores biológicos: edad y desarrollo, mecanismos de defensa. Factores psicológicos: mecanismos de defensa, y estrés. Factores sociológicos: un entorno sano, status socio económicos, rol sociales, educación, organización social, clima, religión, cultura.</p>	<p>a) Mantener un medio sano. b) Enseñanza frente a la : Prevención de accidentes en todas las etapas de la vida. Prevención de infecciones en todas las etapas de la vida. Prevención de enfermedades en todas las etapas de la vida. A tener medios de expansión, de relación y de control de las emociones. A la utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.</p>
<p>10. Comunicar</p>	<p>Es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones y experiencias.</p>	<p>Factores biológicos: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento. Factores psicológicos: la inteligencia, la percepción, la personalidad, las emociones. Factores sociológicos: el entorno, la cultura y el status social.</p>	<p>a) Averiguar con el cliente sus medios de comunicación. b) Enseñanza: De las medidas necesarias para el mantenimiento de la integridad de los sentidos. De los medios de expresar sus emociones, sus sentimientos y sus reacciones. De las actitudes de receptividad y de confianza en los demás. A mantener uniones significativas con las personas de su elección.</p>

<p>11. Actuar según sus creencias y sus valores</p>	<p>Es de todo individuo hacer gestos, actos, conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.</p>	<p>Factores biológicos: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte. Deseo de comunicar con el ser supremo o el cosmos, emociones. Factores sociológicos: cultura, pertenencia religiosa</p>	<p>a) Expresión del cliente de sus creencias y valores. b) Planificación de actividades religiosas con el cliente. c) Informar al cliente sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.</p>
<p>12. Ocuparse para realizarse</p>	<p>Son las acciones que realiza el ser humano para satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás; de esta manera desarrolla su sentido creador y utiliza su potencial al máximo para sentirse totalmente en plenitud.</p>	<p>Factores biológicos: Edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas. Factores psicológicos: las emociones. Factores sociológicos: Cultura y roles sociales.</p>	<p>a) Averiguar los gustos y los intereses del cliente. b) Sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse</p>

<p>13. Recrearse</p>	<p>Es divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.</p>	<p>Factores biológicos: edad, constitución, capacidades físicas. Factores psicológicos: Desarrollo psicológico, emociones. Factores sociológicos: Cultura, roles sociales, y organización social.</p>	<p>a) Averiguar los gustos y los intereses del cliente. b) Planificación de las actividades recreativas con el cliente. c) Enseñanza: De la actividad recreativa De medidas de precaución seguras.</p>
<p>14. Aprender</p>	<p>Es la adquisición de conocimientos actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.</p>	<p>Factores biológicos: Edad, capacidades físicas. Factores psicológicos: motivación, emociones. Factores sociológicos: entorno.</p>	<p>a) Averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente. b) Elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente. c) Motivación del cliente frente al aprendizaje. d) Enseñanza del cliente: De recursos. De medios para aprender. e) Ayuda a aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje. f) Verificación con el cliente de la consecución de los objetivos.</p>

4.4. MUJER EMBARAZADA

La preparación para la maternidad comienza desde la niñez y continúa durante toda la vida. Las actitudes con respecto a la maternidad reciben influencia tanto del ambiente como de la educación, incluyendo la información respecto al sexo y las relaciones con los padres. Los sentimientos con respecto al embarazo empiezan a desarrollarse en las primeras etapas de la vida y más tarde les influyen algunos factores, como el éxito o fracaso en el matrimonio, antecedentes culturales y socioeconómicos, conocimientos con respecto al embarazo y la edad. La reacción de la madre al embarazo puede ser aceptación, ambivalencia o rechazo²³.

En el proceso de reproducción, a partir de la unión de la mujer y su compañero, se crea otro ser en el interior de ésta, que debe en último término crecer y transformarse en un individuo, en el exterior de la madre. Por tanto, la llegada del niño representa la síntesis de tres entidades distintas: la relación entre la madre y su compañero, la relación entre madre y el niño como representante de ella misma, la relación con un individuo singular, el niño por nacer. Como ocurre en la pubertad, cuando la persona ya nunca puede volver a la infancia, o en la menopausia o cuando la persona ya no puede reproducirse en el embarazo la persona deja de ser una sola unidad. Siempre y cuando el niño viva, no dejará de existir como representante de la mujer, de su compañero y de si mismo.

En los comienzos del embarazo, mientras la mujer se adapta a la idea de estar embarazada, sus necesidades de información tienen el objeto de validar el embarazo, como comprender los cambios físicos y reconocer las emociones y sentimientos normales.

Tareas psicológicas y cognoscitivas del embarazo, una de las primeras tareas que la mujer debe llevar a cabo es creer que esta embarazada e incorporar al feto a su imagen corporal. Aunque en un inicio puede experimentar ambivalencia con respecto a si éste es “el momento adecuado” para estar embarazada, por lo general resuelve esta disonancia cognoscitiva y se entusiasma por la llegada del niño. Al sentir movimientos en general desaparecen sus dudas respecto a si esta lista o si desea tener un hijo en este momento de su vida. También le hacen saber que en realidad lleva dentro de sí a un niño. El ultrasonido también sirve para ubicarla²⁴.

A medida que la madre percibe los movimientos fetales y su cuerpo cambia de manera aparente y sutil, comienza a darse cuenta de que el niño que lleva adentro esta separado de ella y tiene sus propios límites e identidad. Esto le produce emociones diversas; su comportamiento puede ser muy variado: cambios de humor, introspección, cansancio físico y psicológico. Por tanto hay muchas descripciones de la labilidad emocional del embarazo. Sin embargo es conveniente indicar que se tiene evidencia de que los cambios fisiológicos y hormonales desempeñan un papel adicional por lo que respecta a labilidad²⁵.

La segunda tarea de la mujer es prepararse para la separación física, el nacimiento del niño. Como ocurre en todos los aspectos del embarazo, se observan varias respuestas. Muchas mujeres desean vehementemente dar a luz al niño; están “muy cansadas” de estar embarazadas.

Otras mujeres llegan a decir que sienten un “intruso” en su interior. Sin embargo, y hay quienes no desean separarse del feto; anticipan el parto como la pérdida de un objeto amado y esto les causa depresión; es preciso llevar a cabo esta tarea, porque cada feto que se pierde, se gana un niño.

La tercera tarea es resolver las confusiones de identidad que acompañen a la transición del papel y prepararse para el buen funcionamiento familiar después del nacimiento. Los investigadores que estudian el periodo del embarazo sugieren que a medida que éste progresa, la mujer se identifica más con la noción de ser “madre”, que con el concepto primitivo del ser omnipotente que la crió.

Además, comienza a evaluar a su compañero para ver si será adecuado como padre. Tal vez critique sus patrones de comportamientos actuales con el fin de adaptarlos más a su concepto del padre ideal²⁶. Fishbein observó que era importante que existiese concordancia entre los miembros de la pareja con respecto a las expectativas para el futuro padre, con el fin de reducir su ansiedad durante el embarazo. De manera similar, el futuro del padre observa que su compañera se transforma en “madre”, su cuerpo cambia, su comportamiento se hace más protector, etc. Confronta de manera simultánea sus sentimientos y aspiraciones a medida que se transforma en padre. El embarazo puede ser la primera ocasión en que los compañeros se dan cuenta hasta que grado dependen psicológica, social o económicamente de la relación²⁷.

Otro aspecto muy importante es tomar en cuenta que hay muchas mujeres jóvenes que llegan por primera vez al hospital como pacientes durante el trabajo su reacción inmediata puede ser de extrañeza, soledad, y añoranza del hogar, en particular si no se permite que su compañero permanezca junto con ella en la sala de trabajo de parto. Sin importar que tan preparadas estén para el acontecimiento, si están contentas o no, si desean o no tener al niño, todas las madres entran al trabajo de parto con cierta cantidad de tensión y ansiedad normal. Además algunas personas temen mucho al proceso. Esto se atribuye en parte al hecho de que hayan recibido preparación limitada para el parto, o que hayan crecido en un medio rodeado de misterios y supersticiones a cerca del parto.

Si han tenido hijos con anterioridad tal vez hayan experimentado acontecimientos desafortunados o que les hayan producido temor. Debido a todos estos factores su temor es comprensible.

La enfermera comenzará a orientarla con respecto al proceso del trabajo de parto y el medio en general. No existe una forma definida para esta orientación, ni tiempo fijo para la introducción y la continuación del proceso. A manera de conversación y no de forma autoritaria explicará a la persona porque motivo se lleva a cabo cualquier procedimiento o restricción y explicar lo que es probable que le ocurra en el curso del trabajo de parto.

La intervención más importante de enfermería es mantener a la mujer informada con respecto al grado de avance del trabajo de parto. Esta orientación debe continuar durante todo el curso del trabajo de parto y la expulsión. Si esta orientación fue dirigida adecuadamente y además se proporcionó el apoyo que se requiere en todo el proceso; se logrará disminuir la frustración y el pánico que las mujeres muestran al entrar en el trabajo de parto efectivo, obteniendo de ellas una participación satisfactoria para el buen desarrollo del periodo expulsivo sin contratiempos desfavorables tanto para ella como para el producto.

4.5. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos del aparato reproductor femenino comprenden a los ovarios (gónadas femeninas), las trompas uterinas (de Falopio) u oviductos, el útero, la vagina y los órganos genitales externos, llamados en conjunto vulva. Las glándulas mamarias se consideran tanto parte del sistema tegumentario como del aparato reproductor femenino.

Ovarios, las gónadas femeninas, son glándulas pares de forma y de tamaño similares a los de una almendras en cáscara, son homólogos de los testículos (se utiliza este término para indicar que los dos órganos son de origen embriológico).

Los ovarios producen: 1) gametos, ovocitos secundarios que redesarrollan hasta formar el ovulo luego de la fecundación y 2) hormonas, incluyendo la progesterona y estrógenos (la hormona sexual femenina), inhibina, y relaxina.

Los ovarios uno a cada lado del útero, descienden hacia el borde de la porción superior de la cavidad pelviana durante el tercer mes del desarrollo. Varios ligamentos los fijan en su posición. El ligamento ancho del útero que de por sí es parte del peritoneo parietal, se une a los ovarios por un pliegue de una capa doble de peritoneo llamado mesoovario. El ligamento propio del ovario fija los ovarios al útero y el ligamento suspensorio los fija a la pared pelviana. Cada ovario posee un hilio, el punto de entrada y salida para los vasos sanguíneos y los nervios, que se encuentran unidos al mesoovario.

Cada ovario puede dividirse en las siguientes partes:

El epitelio germinal, una capa de epitelio simple (cúbico bajo o plano) que cubre la superficie del ovario. La expresión epitelio germinal es incorrecta ya que éste no da origen a los óvulos como se creía. Hoy en día sabemos que las células progenitoras de los óvulos provienen del saco vitelino y migran a los ovarios durante el desarrollo embrionario. La túnica albugínea capa blanquecina de tejido conectivo denso irregular localizada inmediatamente por debajo del epitelio germinal.

La corteza ovárica, la región por debajo de la túnica albugínea. Compuesta por folículos ováricos (se describen más adelante) rodeados de tejido conectivo denso irregular con células musculares lisas dispersas.

La médula ovárica se encuentra por debajo de la corteza ovárica. El borde entre la corteza y la médula es impreciso; sin embargo, la médula se distingue por tener un tejido conectivo más laxo con vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

Los folículos ováricos (folículo = saco pequeño) se encuentran en la corteza y están compuestos por los ovocitos en sus distintos estadios de desarrollo, junto con las células que los rodean. Cuando las células que los rodean forman una sola capa, se llaman células foliculares. Más tarde durante el desarrollo, cuando éstas forman varias capas, se las denomina células de la granulosa. Estas células nutren a al ovocito en su desarrollo y comienzan a secretar estrógenos a medida que el ovocito aumenta de tamaño. Un folículo maduro (o de de Graaf) es un folículo grande, lleno de líquido, que está listo para romperse y liberar el ovocito secundario, proceso conocido como ovulación.

El cuerpo lúteo (= cuerpo amarillo) contiene los restos de un folículo maduro luego de la ovulación. El cuerpo lúteo produce progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que se degenera en un tejido cicatrizal fibroso llamado cuerpo albicans (= cuerpo blanco).

Ovogénesis y desarrollo folicular: La formación de los gametos en los ovarios se denomina ovogénesis. A diferencia de la espermatogénesis, que se inicia en la pubertad de los varones, ovogénesis se inicia en las mujeres mucho antes del nacimiento. La ovogénesis ocurre esencialmente de la misma manera de la espermatogénesis; se produce la meiosis y las células germinativas resultantes atraviesan un proceso de maduración.

Durante el desarrollo fetal temprano, células germinativas primordiales migran desde el saco vitelino a los ovarios. Una vez allí, se diferencian dentro de los ovarios en ovogonios. Los ovogonios son células madre diploides ($2n$) que se dividen por mitosis para producir millones de células germinativas. Incluso antes del nacimiento, la mayor parte de estas células se degeneran por medio de un

proceso conocido como atresia. Algunas, no obstante, se desarrollan hasta formar células de mayor tamaño llamadas ovocitos primarios, que entran en la profase de la meiosis I durante el desarrollo fetal pero no completan esa fase hasta luego de la pubertad. Durante esta etapa detenida del desarrollo, cada ovocito primario es rodeado por una única capa de células foliculares y la estructura es entera es el folículo primordial. Al momento del nacimiento, en cada ovario se encuentran aproximadamente 200 000 a 2 000 000 de ovocitos primarios. De estos alrededor de 400 000 siguen presentes al alcanzar la pubertad y alrededor de 400 podrán madurar y ser ovulados durante la vida fecunda de la mujer. Los ovocitos primarios restantes sufrirán el proceso atresia.

Cada mes, desde la pubertad hasta la menopausia, las gonadotropinas (FSH y LH) secretadas por el lóbulo anterior de la hipófisis estimulan a varios folículos primarios a continuar su desarrollo; sin embargo, sólo uno suele alcanzar el grado de madurez necesario para ser ovulado. Unos pocos folículos primordiales comienzan a crecer, convirtiéndose en folículos primarios. Cada folículo primario consiste en un ovocito primario rodeado por varias capas de células cuboides y cilíndricas bajas llamadas células de la granulosa. A medida que el folículo primario crece, forma una capa glucoproteica definida, llamada zona pelúcida entre el ovocito primario y las células granulosas.

La capa más externa de las células granulosas se apoya sobre una membrana basal. Rodeando a la membrana basal se encuentra una región llamada teca folicular. Cuando el folículo primario se convierte en folículo secundario, la teca se diferencia en dos capas celulares: 1) la teca interna, una capa interna muy vascularizada de células secretoras cuboides y 2) la teca externa de células de tejido conectivo y fibras colágenas. A su vez, las células granulosas comienzan a secretar líquido folicular, que se acumula en la cavidad llamada antro, en el centro del folículo secundario. Además la capa más interna de las células granulosas se une firmemente a la zona pelúcida y pasa a formar la corona radiada.

El folículo secundario finalmente se agranda y se convierte en un folículo maduro (de de Graaf). En el interior de éste, el ovocito primario diploide completa la meiosis I, produciendo dos células haploides de distinto tamaño, cada una con 23 cromosomas. La célula más pequeña producida por meiosis I, llamada primer cuerpo polar, es esencialmente un paquete de materia nuclear descartado. La célula de mayor tamaño, conocida como ovocito secundario, recibe la mayor parte del citoplasma. Una vez que el ovocito secundario se forma, inicia la meiosis II pero se detiene en la metafase. El folículo maduro (de de Graaf) pronto se rompe y libera su ovocito secundario, proceso conocido como ovulación.

Durante la ovulación, el ovocito secundario es expulsado a la cavidad pelviana junto con el primer cuerpo polar y la corona radiada. Normalmente, estas células son arrastradas hacia el interior de la trompa uterina. Si no se produce la fecundación, las células se degeneran. Si los espermatozoides están presentes en la trompa uterina y uno penetra al ovocito secundario, entonces, se completa la meiosis II. El ovocito secundario se divide en dos células haploides (n), nuevamente de tamaños desiguales. La célula de mayor tamaño es el ovulo, célula huevo madura; la de menor tamaño es el segundo cuerpo polar. El núcleo del espermatozoide y del ovulo se unen entonces, formando el cigoto diploide 2 (n). Si el primer cuerpo polar realiza una división más, produce dos cuerpos polares, entonces el ovocito primario finalmente daría origen a tres cuerpos polares haploides (n), de los cuales todos degeneran y un único ovulo haploide (n). Así un ovocito primario da origen a un solo gameto (un óvulo). En contraste, recordemos que en los hombres un espermatocito primario produce cuatro gametos (espermatozoides).

Trompas uterinas: las mujeres poseen dos trompas uterinas (de Falopio), u oviductos, que se extienden lateralmente desde el útero. Miden 10cm de largo, yacen entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. Proveen una ruta que los espermatozoides alcancen al ovulo y transporta los ovocitos secundarios y óvulos fertilizados desde los ovarios hacia el útero. La porción forma un embudo

de cada trompa, llamada infundíbulo, se encuentra próxima al ovario y abierta a la cavidad pelviana. Termina en un penacho de proyecciones digitiformes denominadas franjas (fimbrias), una de las cuales se encuentra unida al borde lateral del ovario (franja ovárica). Desde el infundíbulo, la trompa uterina se extiende en la dirección medial y luego hacia abajo y se une al ángulo lateral superior del útero. La ampolla de la trompa uterina es la porción más ancha y más larga, y forma los dos tercios mediales de la trompa. El istmo de la trompa uterina es la porción más medial, corta, angosta y de paredes gruesas que se unen al útero.

Histológicamente, las trompas uterinas se componen de tres capas: Mucosa, muscular y serosa. La mucosa consiste en el epitelio y lámina propia (tejido conectivo areolar). El epitelio posee células cilíndricas simples, que funcionan como una "cinta transportadora ciliar" que ayuda al óvulo fecundado (o al ovocito secundario) a desplazarse a lo largo de la trompa uterina hacia el útero y células sin cilios (células secretoras), que poseen microvellosidades y secretan un líquido que provee de nutrientes al óvulo. La capa media, la muscular esta formada por un anillo interno y grueso de músculo liso circular y una región externa delgada de músculo liso longitudinal. Las contracciones peristálticas de la muscular, junto con la acción ciliar de la mucosa, ayudan al ovocito o al óvulo fecundado a desplazarse hacia al útero. La capa externa de las trompas es una serosa.

Corrientes locales producidas por los movimientos de las franjas, que rodean al ovario durante la ovulación, barren al ovocito secundario ovulado desde la cavidad pelviana al interior de la trompa uterina. Un espermatozoide normalmente se encuentra con un ovocito secundario y lo fecunda en la ampolla de la trompa, sin embargo, la fecundación en la cavidad pelviana no es infrecuente. La fecundación puede ocurrir en cualquier momento dentro de las 24 horas posteriores a la ovulación. Unas horas después de ocurrida la fecundación, los materiales nucleares del óvulo y espermatozoide haploide se unen. El óvulo fecundado

diploide se llama ahora cigoto y comienza a dividirse a medida que se desplaza hacia el útero, adonde llega 6 a 7 días después de ocurrida la ovulación.

Útero (matriz) forma parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina para alcanzar las rompas uterinas. Es también el sitio de implantación del óvulo fecundado, de desarrollo para el feto durante el embarazo y el parto. Durante los ciclos reproductores en los que la implantación no se produce, el útero es el sitio de origen del flujo menstrual. Esta situado entre la vejiga urinaria y el recto, el útero tiene el tamaño y la forma de una pera invertida. En las mujeres que nunca estuvieron embarazadas, mide alrededor de 7.5 cm. de ancho y 2.5cm de espesor. El útero es más grande en las mujeres con embarazos recientes y más pequeño (atrófico) cuando los niveles hormonales son bajos, como ocurre después de la menopausia.

Las subdivisiones anatómicas del útero son: 1) una porción con forma de cúpula encima de las trompas uterinas llamada fondo (fundus) uterino; 2) una porción central estrecha cuerpo uterino; 3) una porción inferior angosta llamada cuello o cervix, que se abre hacia la vagina. Entre el cuerpo del útero y el cuello se encuentra el istmo, una región estrecha de alrededor de 1cm de largo. El interior del cuerpo uterino se llama cavidad uterina y la porción interior del cuello se llama conducto del cuello uterino (canal cervical). El canal cervical se abre a la cavidad uterina por el orificio interno y a la vagina por el orificio externo. Normalmente, el cuerpo uterino se proyecta hacia adelante y hacia arriba por encima de la vejiga urinaria en una posición llamada anteflexión. El cuello se proyecta hacia abajo y hacia atrás y se une a la pared anterior de la vagina en un ángulo casi recto.

Varios ligamentos que son extensiones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, mantienen al útero en posición. Los ligamentos anchos son pliegues dobles de peritoneo que fijan al útero a cada lado de la cavidad pelviana.

El par de ligamentos rectouterinos (uterosacros), también extensiones peritoneales se sitúan a cada lado del recto y conectan al útero con el sacro. Los ligamentos cardinales (ligamentos cervicales transversos o de Mackenrodt) se ubican por debajo de las bases de los ligamentos anchos y se extienden desde la pared pelviana al cuello y la vagina. Los ligamentos redondos son bandas de tejido conectivo fibroso ubicados entre las capas de los ligamentos anchos; se extiende desde un punto en el útero inmediatamente inferior a las trompas uterinas hasta una porción de los labios mayores en los genitales externos. A pesar que los ligamentos normalmente mantienen al útero en posición de anteflexión, también permiten al cuerpo uterino suficiente libertad de movimiento para que el útero pueda quedar fuera de su posición normal. La inclinación posterior del útero se llama retroflexión. Es una variante no patológica de la posición normal del útero.

Desde el punto de vista histológico el útero está constituido por tres capas de tejido: la capa externa, el perimetrio (serosa), forma parte del peritoneo visceral.

En dirección lateral, se transforma en el ligamento ancho. En dirección anterior, recubre la vejiga urinaria y forma un fondo de saco poco profundo, el fondo de saco rectouterino (fondo de saco de Douglas), el punto más bajo de la cavidad pélvica. La capa media del útero, el miometrio, constituye masa principal de la pared uterina. Consta de tres capas de fibras músculo liso y es más gruesa en el fondo y más fina en el cuello uterino. Durante el parto las contracciones coordinadas de estos músculos en respuesta a la oxitocina liberada por la neurohipofisis facilitan la expulsión del feto del cuerpo del útero.

La capa interna del útero, el endometrio, es una capa muy vascularizada constituida por: 1) una capa superficial de epitelio cilíndrico simple (células ciliadas y secretoras), 2) glándulas uterinas (endometriales) que se desarrollan como invaginaciones del epitelio superficial y 3) el estroma endometrial, una región muy gruesa de lámina propia (tejido conjuntivo). El endometrio se divide en dos capas. El estrato funcional (capa funcional), la capa más cercana a la cavidad uterina, se

desprende durante la menstruación. La capa más profunda, el estrato basal (capa basal), es permanente. Da origen a un estrato funcional después de cada menstruación. El útero está vascularizado por ramas de la arteria iliaca interna denominadas arterias uterinas. De ellas nacen las arterias arciformes, dispuestas de forma circular en el miometrio y que dan origen a las arterias radiales que penetran profundamente en el miometrio. Justo antes que las ramas lleguen al endometrio se dividen en dos tipos de arteriolas. Las arteriolas rectas terminan en el estrato basal suministrando los materiales necesarios para la regeneración del estrato funcional. Las arteriolas espirales penetran en el estrato funcional y cambian notablemente durante el ciclo de la menstrual. El útero está rodeado por las venas uterinas.

Vagina sirve como vía de paso para el flujo menstrual y para el parto. También recibe el semen durante el acto sexual. Es un órgano tubular fibromuscular revestido por una membrana mucosa y que mide unos 10 cm. de longitud. Está situada entre la vejiga urinaria y el recto, se dirige en dirección superior y posterior, donde se fija el útero. Una cavidad, denominada fondo de saco vaginal, rodea la unión de la vagina al cuello uterino. La mucosa vaginal se continúa con la mucosa uterina. Histológicamente, está formada por epitelio plano estratificado y tejido conjuntivo dispuesto en una serie de pliegues transversos, las rugae vaginales.

Las células dendríticas presentes en la mucosa son CPA (células presentadoras de antígenos), pueden intervenir en la transmisión del VIH (el virus que causa el SIDA) a una mujer durante el acto sexual con un varón infectado. La capa muscular está formada por el músculo liso que puede distenderse considerablemente para recibir el pene durante el acto sexual o para permitir el parto de un feto. En el extremo inferior de la abertura vaginal, el orificio vaginal puede existir un fino pliegue de membrana mucosa vascularizada denominado himen (hymen = membrana). Forma un borde alrededor del orificio, cerrándolo parcialmente. A veces el himen cubre completamente el orificio, alteración que recibe el nombre de himen imperforado, que puede requerir la apertura quirúrgica

para permitir la eliminación del flujo menstrual, normalmente, el himen se rasga y destruye fácilmente durante el primer acto sexual. La mucosa vaginal contiene grandes depósitos de glucógeno, que al descomponerse produce ácidos orgánicos. Estos ácidos crean un medio con un pH bajo que retrasa el crecimiento de bacterias. Sin embargo, la acidez también es nociva para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen neutralizan la acidez vaginal y aumentan la viabilidad de los espermatozoides.

Vulva (volvere = envolver), o pudendum, hace referencia a los genitales externos femeninos. Sus componentes son los siguientes:

1. Monte de Venus, se encuentra anterior a las aberturas vaginal y uretral. Es una elevación de tejido adiposo recubierta de piel y de vello púbico grueso que amortigua la sínfisis púbica durante el acto sexual.
2. Labios mayores. Desde el monte de Venus, se extienden en dirección inferior y posterior dos pliegues cutáneos longitudinales; son las estructuras homólogas del escroto y están recubiertas de vello púbico. Contienen abundante tejido adiposo y glándulas sebáceas (grasa) y sudoríparas (sudor).
3. Labios menores. Mediales a los labios mayores existen dos pliegues cutáneos más pequeños, los labios menores. Carecen de vello púbico y grasa y tienen pocas glándulas sudoríparas. Sin embargo, contienen muchas glándulas sebáceas.
4. Clítoris es el órgano homólogo del pene masculino y al igual que es capaz de aumentar de tamaño ante la estimulación táctil e intervienen en la excitación sexual. Es una pequeña masa cilíndrica de tejido eréctil y nervios. Está localizado en la unión anterior de los labios menores. En el

punto en que se unen estos se forma una capa de piel denominada prepucio que cubre el cuerpo del clítoris. La porción expuesta del clítoris es el glande.

5. Vestíbulo es la hendidura existente entre los labios menores. Ahí se encuentra el himen (si existe), el orificio vaginal, el orificio uretral externo y las aberturas de varios conductos. El orificio vaginal, la abertura de la vagina exterior, ocupa la mayor parte del vestíbulo y está bordeado por el himen. El bulbo vestibular está formado por dos masas alargadas de tejidos eréctil justo por debajo de lo labios a cada lado del orificio vaginal. El bulbo se llena de sangre durante la excitación sexual, estrechando el orificio vaginal y presionando sobre el penen durante el acto sexual. El bulbo es el órgano homologo del cuerpo esponjoso del pene y del bulbo uretral.

Anterior al orificio vaginal y posterior al clítoris se encuentra el orificio uretral externo, la abertura de la uretra al exterior. A cada lado del orificio uretral externo se encuentran las aberturas de los conductos de las glándulas parauretrales (de Skene). Estas glándulas están incluidas en la pared de la uretra y secretan moco. Son las estructuras homólogas de la próstata del varón. A cada lado del propio orificio vaginal se encuentran en las glándulas vestibulares mayores (de Bartholin). Estas glándulas desembocan mediante conductos en un surco localizado entre el himen y los labios menores y producen una secreción mucosa que complementa la lubricación durante el acto sexual. Las glándulas vestibulares mayores son los órganos homólogos de las glándulas bulbouretrales (de Cowper) masculinas. Varias glándulas vestibulares menores también desembocan en el vestíbulo.

Periné: es la región en forma de diamante situada entre los muslos y las nalgas. Tanto en el varón como en la mujer, que contiene los genitales externos y el ano. Está limitado anteriormente por la sínfisis púbica, lateralmente por las tuberosidades isquiáticas y posteriormente por el cóccix.

Una línea transversa trazada entre las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo urogenital anterior que contiene los genitales externos y un triángulo anal posterior que contienen el ano.

Glándulas mamarias: Son glándulas sudoríparas modificadas que producen leche. Están situadas sobre los músculos pectoral mayor y serrato mayor, fijadas a ellos por una capa de tejido conjuntivo. En su estructura interna, cada glándula mamaria consta de 15 a 20 lóbulos, o compartimientos, separados por tejido adiposo. La cantidad de tejido adiposo determina el tamaño de la mama. Sin embargo, el tamaño de la mama no tiene ninguna relación con la cantidad de leche producida. En cada lóbulo existen varios compartimientos, más pequeños denominados lobulillos, compuestos por tejido conjuntivo en el que se encuentran incluidos racimos de glándulas secretoras de leche que reciben el nombre alveolos. Los alveolos se encuentran dispuestos en forma de racimos de uvas y conducen la leche (cuando se produce) a una serie de túbulos secundarios. Desde allí, la leche pasa a los conductos mamaris. A medida que estos se aproximan al pezón se expanden formando senos denominados senos galactóforos, donde puede almacenarse la leche. Los senos continúan como conductos galactóforos que terminan en una proyección pigmentada, el pezón. Cada conducto galactóforo conduce leche de uno de los lóbulos al exterior, aunque algunos pueden unirse antes de llegar a la superficie. El área de piel pigmentada circular que rodea al pezón recibe el nombre de areola. Tiene un aspecto irregular debido a que contiene glándulas sebáceas modificadas. Entre la piel y la fascia profunda discurren bandas de tejido conjuntivo denominadas ligamentos suspensorios de la mama (ligamentos de Cooper) que mantienen la posición de la mama.

En el momento del parto, las glándulas mamarias masculinas y femeninas no están desarrolladas y tienen el aspecto de leves elevaciones sobre el tórax. Con el inicio de la pubertad, las mamas femeninas comienzan a desarrollarse bajo la influencia de los estrógenos y la progesterona. El sistema de conductos madura, se produce un extenso depósito de grasa y la areola y el pezón crece y se

pigmentan las glándulas mamarias experimentan un nuevo crecimiento en el momento de la madurez sexual con la aparición de la ovulación y la formación del cuerpo amarillo. Aunque los cambios en el desarrollo de las glándulas mamarias se asocian a la secreción de estrógenos y progesterona por parte de los ovarios, la secreción ovárica está controlada en última instancia por la FSH y la LH, que se secretan en respuesta a la GnRH hipotalámica.

Las funciones esenciales de las glándulas mamarias son la síntesis, secreción y eyección de leche, que en conjunto constituyen la lactancia. La producción de leche es estimulada en gran parte por la hormona prolactina, con contribuciones de la progesterona y los estrógenos. La eyección de leche se produce en presencia de oxitocina, que es liberada por la neurohipófisis en respuesta a la succión²⁸.

4.6. PUERPERIO FISIOLÓGICO

Puerperio del latín: puer (niño) y parere (parir). Periodo de tiempo entre el parto y la primera menstruación; retorno del estado materno a sus condiciones pregrávidas en 6 semanas hasta 40 a 42 días²⁹.

Clasificación:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas.
- Puerperio temprano: abarca hasta la primera semana después del parto abarca
- Puerperio remoto: incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales, abarca hasta la sexta semana después del parto del 8° al 40° día.

Signos premonitorios del trabajo parto:

- ✓ Alivianamiento: encajarse el feto 2 ó 3 semanas antes del inicio del T. P.
- ✓ Contracción: irregulares, intermitentes e incómodas.

- ✓ Cambios cervicales: cérvix se vuelve suave (maduración).
- ✓ Opérculo: (expulsión de tapón mucoso) secreciones cervicales acumuladas, secreciones color rosa (muestra sanguinolenta) signo inminente del T. P. Iniciará entre 24 o 48 hr.
- ✓ Pérdida de 0.5 a 1.5 kg.

Trabajo de parto es el proceso fisiológico por el que contracciones molestas y periódicas producen un adelgazamiento progresivo (borramiento) y dilatación del cuello uterino. Estos fenómenos permiten la salida del feto y se divide en tres periodos:

El primer periodo: abarca desde el inicio del trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa. Se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en abdomen, irradiadas hacia la región lumbosacra y progresivas en frecuencia, intensidad y duración³⁰.

Un trabajo bien establecido tiene tres contracciones merinas en 10 minutos, con una duración de cada una de 30 a 60 segundos, que se manifiestan en la paciente por dolor. Tales contracciones son eficaces para modificar la cervix, pues producen borramiento y dilatación.

En la primigesta, ocurre primero el borramiento luego la dilatación, mientras que en la multigesta ocurren simultáneamente ambos fenómenos. A medida que la cervix se va borrando, las fibras musculares que la forman se incorporan a un nivel más alto del útero y da lugar a la ampliación del segmento inferior de éste. Conforme se apoya la presentación, la actividad uterina es más intensa, con lo cual progresa la dilatación.

Con objeto de tener un pronóstico de la progresión del trabajo de parto se ampliado la curva de dilatación cervical normal, para lo cual sea calculado una desviación estándar a cada lado del trazo. Si la evolución del trabajo de parto se

halla dentro de esa área en el registro, se considerará que esta dentro de los límites normales. Si la dilatación cervical ocurre antes de la curva normal, traducirá hipertonia, polisistolia o mayor facilidad de la cervix para dilatarse, lo cual provocara un parto precipitado; si sucede lo contrario(es decir, la dilatación se mantiene estacionaria y sale de la zona de normalidad o no desciende la presentación de acuerdo con la curva normal). Llamará la atención este hecho al obstetra acerca de que existe alguna dificultad para que ocurra un parto normal.

Al terminar el parto, la actividad uterina continúa, mientras que las contracciones uterinas tienen la misma intensidad y frecuencia, pero no son dolorosas y desaparece el reflejo del pujo. En esta fase tiene por objeto desprender la placenta al ocurrir la subinvolución del útero; expulsar la placenta al aumentar la presión intrauterina y cerrar los vasos intramiométriales (ligaduras vivas de Pinard), de modo que se evite la hemorragia posparto. Las contracciones uterinas en el posparto disminuyen en frecuencia (una cada 10 minutos), intensidad y propagación y tienen por objeto ayudar a expulsar coágulos y loquios.

Curso clínico del trabajo de parto: El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible; sin embargo para la fácil comprensión de este proceso, el curso clínico se divide en las etapas siguientes:

- ✓ Preparto es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical.
- ✓ Pródromos de trabajo de parto es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.

Trabajo de parto la dinámica uterina es regular y efectivo y consta de³¹:

- ☞ Primer periodo o fase de borramiento.
- ☞ Segundo periodo o fase de expulsión de feto.
- ☞ Tercer periodo o etapa de alumbramiento.

Preparto o fase de maduración cervical: Periodo que antecede al trabajo de parto durante el cual ocurren con más frecuencia las contracciones de Braxton Hicks, que se caracteriza por porque:

- ⊖ Se presentan de manera irregular.
- ⊖ Son indoloras.
- ⊖ No siempre son perceptibles por la paciente.
- ⊖ No se irradian a la región lumbosacra.

Ruptura prematura de membranas: Esta puede ocurrir en el momento en que la dilatación es mayor de 4 cm.; dicha ruptura se produce por la presión de las contracciones uterinas (ruptura espontánea). En otras ocasiones, el obstetra produce la ruptura artificial, con lo cual pretende acelerar el trabajo de parto técnica no recomendable cuando existen presentaciones muy altas y el trabajo de parto no es regular. Al ocurrir la ruptura de las membranas ovulares, se puede observar líquido amniótico, cuyas características e interpretación se muestran en el siguiente cuadro 4.

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO		
TIPO DE LÍQUIDO	CARACTERÍSTICAS	INTERPRETACIÓN
NORMAL	TRANSPARENTE CETERINO OLOR SUOGENERIS	EMBARAZO NORMAL
MECONIAL	COLOR VERDOSO CLARO TURBIO ESPESO	HIPOXIA FETAL (SURIMIENTO FETAL) PRESENTACIÓN PELVICA
HEMÁTICO	COLOR ROJO VINO TURBIO	PATOLOGÍA PLACENTARIA (DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA) RUPTURA UTERINA
PURULENTO	BLANQUECINO AMARILLENTO GRUMOSO, ESPESO, FÉTIDO	AMNIOÍTIS

Segundo periodo al completarse la dilatación cervical, entra en juego otra fuerza muy importante en el parto: la presión abdominal, que aunque, aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación, así como la expulsión del producto. Por lo anterior, en la actualidad se prefiere el bloqueo epidural o el parto natural a la sedación, por lo que la paciente conserva el reflejo del pujo, con ese fin se ha diseñado mesas obstétricas especiales.

Tercer periodo este periodo comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

Mecanismo de trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto. Las etapas de que consta este mecanismo, en una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

Encajamiento es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que ocurra el encajamiento, se requiere flexión, orientación y asinclitismo.

- Flexión: Para que el feto descienda en la excavación pélvica, necesita flexionar el polo cefálico, a fin de ofrecer sus diámetros menores. La presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral y hace que se flexione la cabeza en el nivel de la articulación occipito-atloidea, la cual actúa como palanca de primer grado.
- Orientación: En el estrecho superior de la pelvis, el producto conjuga su diámetro mayor (occipito frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos): Orientación. Este movimiento obedece a la ley de Selheim, que establece: "Dos óvalos desiguales únicamente podrán quedar orientados si se conjugan sus ejes mayores. Al quedar orientado el diámetro antero posterior de la cabeza fetal con un diámetro oblicuo del estrecho superior de la pelvis, queda "fija" la cabeza del producto, con lo

cual es posible relacionar el punto tóxico con un cuadrante específico de la pelvis materna (variedad de posición).

- **Asinclitismo:** Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural por el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo de esa manera, ofrece mayor superficie de un parietal que del otro. Este movimiento se conoce como asinclitismo.

Descenso gracias a la dinámica uterina, el producto continúa su descenso hacia la pelvis; al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, que forma un ángulo diedro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipito frontal) en ese ángulo y queda conjugado con el diámetro antero posterior de la pelvis. En ese momento, el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático.

Rotación interna: Para lograr lo anterior, se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, movimiento que se designa como rotación interna. Dicho giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores. El giro es en sentido antihorario en las variedades izquierdas y en sentido horario en las variedades derechas. Con objeto de evaluar mediante tacto vaginal el grado de descenso de la presentación, dentro de la excavación pélvica, se correlaciona el diámetro mayor de la presentación con los cuatro planos imaginarios, paralelos y equidistantes entre sí, descritos por Hodge. Cuando el polo cefálico alcanza en su descenso al cuarto plano de Hodge, el vértice de la presentación resulta evidente a través de introito, durante la contracción uterina.

Expulsión o desprendimiento

Extensión: Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura señalada en el párrafo anterior, el occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis y la cabeza se extiende y sigue la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma; de esta forma, primero nace el occipucio, luego la sutura sagital y después la frente,

la nariz y el mentón. Este movimiento de la presentación se designa con el nombre de extensión.

Restitución: Es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, para mantener su posición anatómica en relación con los hombros. Para lograr lo anterior, la cabeza fetal, debe realizar un giro de 45° y en sentido inverso al que efectuó durante la rotación interna.

Rotación externa es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna al descender los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y al girar para acomodarse en el diámetro antero posterior de la parte baja de la pelvis. Este giro es de 45° y se realiza en el mismo sentido que el de la restitución. Expulsión de los hombros al terminar la rotación externa, el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que el arco posterior se deslice con facilidad por la concavidad sacra, al ser impulsado por las contracciones uterinas. Esto se logra con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal. El hombro posterior (o sea, el que se desliza en el sacro), es el primero que sale, y posteriormente el hombro anterior.

Expulsión del resto del cuerpo fetal al salir los hombros, prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, pues, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, debido al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles de reducción, no ofrecen dificultades para su expulsión. En ocasiones, el trabajo de parto no se efectúa espontáneamente de la manera descrita, sino que es necesario que el médico indique una inducción o conducción del trabajo de parto, procedimiento que por su importancia debe ser del dominio de la enfermera obstétrica, encargada de aplicarlo y vigilarlo.

4.7. Cambios fisiológicos del puerperio

Útero Inmediatamente después del parto, una vez que se ha expulsado la placenta, el útero se contrae con firmeza, su tamaño se aproxima al de un embarazo de 20 semanas (al nivel del ombligo). El fondo se localiza en la línea media. Las paredes del útero contraído, que miden alrededor de 4 a 5 cm de espesor, están cercanas, y los vasos sanguíneos se comprimen con firmeza por el miometrio. Al final de la primera semana posparto, en condiciones normales, el útero disminuye al tamaño de una gestación de 12 semanas y se palpa en la sínfisis del pubis³¹.

El término de involución se usa para describir la reducción rápida en el tamaño uterino y su regreso a una situación similar al estado previo al embarazo. Este descenso se presenta con tanta rapidez que en 10 días, el útero es un órgano pélvico otra vez y no puede palparse por vía abdominal. Los cambios ocurridos en la superficie uterina se deben principalmente a modificaciones de la longitud del órgano, puesto que el diámetro transversal permanece hasta cierto punto constante durante el puerperio. Con el descenso drástico de los niveles de estrógenos y progesterona circulantes, después de la separación de la placenta, aumenta la actividad de la colagenasa uterina y la liberación de enzimas proteolíticas, ocasionando que las células uterinas se atrofian y la hiperplasia del embarazo empieza a revertirse.

Este proceso es de reducción en el tamaño celular más que una disminución radical en el número de células. Al mismo tiempo emigran macrófagos hacia el endometrio y el miometrio para promover el auto lisis. El material proteico de la pared uterina se fragmenta y absorbe. El aumento en la cantidad de tejido conjuntivo y elastina en el miometrio y vasos sanguíneos, así como el incremento en el número de células, son permanentes hasta cierto grado, de modo que el útero es más grande después del embarazo.

Entuertos son contracciones uterinas intermitentes después del parto que presentan intensidad variable, pueden desarrollar presión hasta de 150 mm Hg. o más; son menos molestas que las del trabajo de parto ya que no hay dilatación cervical ni distensión del piso perineal. Estos ocurren durante los primeros 2 o 3 días del puerperio y son más comunes en multíparas, ya que la musculatura uterina no experimenta retracción constante por disminución del tono muscular, ocasionado por los partos anteriores.

Cambios en el lecho placentario. Después del alumbramiento, el lecho placentario se contrae de inmediato a casi la mitad del tamaño que tenía cuando albergaba la placenta, esta constricción permite la oclusión de vasos sanguíneos subyacentes, produce hemostasia y da origen a necrosis endometrial. El lecho placentario al principio se encuentra elevado y su aspecto es áspero y friable. La regeneración endometrial termina hacia el final de la tercera semana después del parto, excepto en el lecho placentario donde la regeneración suele completarse hasta la sexta semana del puerperio. La involución se lleva a cabo por medio de extensión y crecimiento hacia abajo del endometrio marginal y el estroma en la decidua basal, tarda hasta seis semanas para completarse.

La hemorragia de los grandes vasos uterinos se controla por la comprensión de las fibras musculares. El sitio placentario se compone de múltiples vasos sinusoides trombosados; En lugar de formar una cicatriz fibrosa en la decidua, el sitio placentario cura por medio de un proceso de exfoliación y se reduce por el crecimiento del tejido endometrial, tanto de los márgenes de la zona como del fondo de las glándulas endometriales que quedaron en la capa basal del sitio de implantación. El tejido superficial infartado sufre necrosis y se desprende.

Durante la segunda semana posparto, los loquios se vuelven más espesos, mucoides y de color blanco amarillento (loquios blancos), coincidiendo con un predominio de leucocitos y células deciduales degeneradas. A la cuarta semana posparto cesan las secreciones de loquios a medida que se completa la

recuperación; Aunque los loquios proporcionan un buen medio de cultivo para el crecimiento de microorganismos, las propiedades bactericidas del tejido de granulación del útero aseguran una cavidad uterina virtualmente estéril si se dispone de drenaje adecuado. Un leve infiltrado celular crónico de leucocitos persiste en el miometrio hasta cuatro meses después del parto.

Cambios en el cuello uterino. El cuello uterino se cierra paulatinamente durante el puerperio al final de la primera semana tiene una dilatación mayor a 1 cm.; el orificio externo se transforma en una hendidura transversa que permite distinguir a la nulípara o a la mujer que ha tenido partos por vía vaginal. La curación y reepitilización completa ocurre de 6 a 12 semanas después; el edema del estroma, la infiltración celular y la hiperplasia glandular endocervical del embarazo pueden persistir hasta por tres meses; las laceraciones cervicales sanan en la mayor parte de los casos no complicados, pero la continuidad del cuello uterino no se restablece, de manera que el sitio de la lesión, permanece como una escotadura cicatrizada.

Cambios en la vagina. Después del parto vaginal, la vagina sobredistendida y de pared lisa recupera poco a poco su estado anterior al parto alrededor de la tercera semana; El engrosamiento de la mucosa, la producción de moco cervical y otros cambios estrogénicos pueden retrasarse en la mujer que amamanta. El himen cicatriza en forma de nódulos fibrosos de mucosa, las carúnculas mirtiformes.

Dos semanas después del parto la trompa uterina, se encuentra en un estado hipoestrogénico con atrofia y pérdida parcial de cilios en el epitelio. Los cambios normales en la pelvis, después de un parto vaginal a término no complicado, incluyen ensanchamiento de las articulaciones y de la sínfisis sacroiliaca y en ocasiones la presencia de gas en estas articulaciones.

Cambios de paredes musculares de los órganos pélvicos. Durante el puerperio se recupera el tono de los músculos voluntarios del piso pélvico y los de sostén de la pelvis.

El desarrollo o sobre distensión de la musculatura o la aponeurosis en el momento del parto predisponen a la posibilidad de hernias genitales. La sobredistención de la pared abdominal durante el embarazo puede dar origen a rotura de las fibras elásticas de la piel, estrías persistentes y diastasis de los músculos rectos. La involución de la musculatura abdominal puede requerir de 6 a 7 semanas y no se recomiendan ejercicios enérgicos sino hasta después de ese lapso.

Cambios hormonales en ovulación y menstruación; los índices de estrógenos y progesterona en circulación se reducen con rapidez después del parto, ya que la placenta deja de estar presente para producir estas hormonas. Se reactiva el ciclo normal hipotálamo-hipófisis-ovario; la primera ovulación después del parto en mujeres que no alimentan al seno ocurre en promedio a las 10.2 semanas; las mujeres que alimentan al seno por lo menos durante seis meses.

La ovulación se produce a las 28 semanas y las mujeres que no alimentan al seno pueden ovular a partir de los primeros 27 días después del parto.

En los senos, durante el embarazo, se producen cambios progresivos en los senos para prepararlos para la lactancia. Tras el parto y expulsión de la placenta, la caída abrupta en las cantidades de estrógeno y progesterona inicia la lactancia. Los senos producen cantidades mayores de calostro después del parto.

Aparato urinario; en el puerperio inmediato, la mucosa de la vejiga se encuentra edematosa como resultado del trabajo de parto y el parto. Es frecuente la sobredistención y el vaciamiento incompleto de la vejiga, así como la presencia de orina residual.

Equilibrio de líquidos y electrolitos. El peso materno disminuye en promedio 5.5 Kg. por el trabajo de parto, el nacimiento del lactante, la expulsión de la placenta y la pérdida de líquido amniótico; La mujer promedio puede perder otros 4 Kg. durante el puerperio como resultado de excreción de líquidos y electrolitos

acumulados durante el embarazo. Hay pérdida neta por lo menos de 2 L de líquido durante la primera semana después del parto y una pérdida adicional de casi 1.5 L durante las siguientes cinco semanas; La pérdida de agua durante la primera semana posparto representa una pérdida de líquidos extracelulares. Las pérdidas puerperales de sal y agua por lo general son mayores en mujeres con preeclampsia y eclampsia.

Aparato respiratorio, se observan aumentos del volumen residual, de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, Hay disminución de la capacidad respiratoria máxima. El equilibrio ácido-base cambia durante el trabajo de parto y en el puerperio y se eleva el lactato sanguíneo, desciende el pH produciendo hipercapnia (< 30 mm Hg.); estas condiciones continúan en los principios del puerperio.

El descenso de los niveles de progesterona afecta a la hipercapnia del puerperio, que se acompaña de aumento de exceso de bases y de bicarbonato plasmático.

La saturación de oxígeno se eleva con rapidez después del parto hasta el 95% durante el primer día del posparto. Puede producirse insuficiencia respiratoria en el puerperio que se relaciona, en apariencia, con la duración y dificultad de la segunda etapa de trabajo de parto. En reposo hay aumento del consumo de oxígeno durante esta etapa, que también puede verse afectado por la lactancia, anemia y por factores emocionales y psicológicos.

Aparato digestivo. La motilidad y tono del sistema digestivo regresan a la normalidad dos semanas después del parto. La mayor parte de las mujeres sienten hambre poco después del parto; tras la recuperación por la fatiga del trabajo de parto y los efectos de la analgesia y la anestesia, las madres sienten aumento del apetito y suelen comer raciones grandes. El estreñimiento es común durante el puerperio. Esto se debe a la relajación intestinal en el embarazo (íleo adinámico) y a la distensión de los músculos abdominales.

La evacuación intestinal puede retrasarse de dos a tres días después del parto. El dolor por hemorroides, episiotomía o laceraciones del perineo también contribuyen a que no se produzca la defecación.

Valoración psicosocial. Las interacciones y adaptación materna infantil y familiar:

- Interacción con el niño
- La alimentación del recién nacido
- Los ajustes al papel materno y las nuevas relaciones en la familia
- El grado de incorporación del niño a la familia
- El estado emocional de la madre y su respuesta a la experiencia del trabajo de parto y parto
- El progreso en el aprendizaje del cuidado personal

4. 8. INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO

El objetivo de la enfermería durante el proceso del nacimiento es lograr el máximo de bienestar físico y emocional tanto de la mujer como del feto. Las intervenciones que se emplean para lograr este objetivo se basan en valoraciones completas y diagnósticos de enfermería para satisfacer las necesidades individuales de la madre, el recién nacido y la familia. Para implantar estos cuidados es indispensable que la enfermera conozca la fisiología normal del parto y las desviaciones de la normalidad, tenga buen juicio, confianza en sí misma y las destrezas necesarias para afrontar situaciones de emergencias o que producen tensión. Atributos adicionales incluyen conocer determinadas técnicas y tener capacidad para comunicarse, lo cual suele ser de gran ayuda en esta situación.

No basta con tener los conocimientos y la capacidad técnica, la enfermera debe tener en cuenta los aspectos psicosociales de los cuidados mediante un trato cálido y empático. La enfermera empática comprende los sentimientos de la paciente y al mismo tiempo reserva su identidad. Así mantiene la objetividad y

contribuye a que los cuidados sean más eficaces. Siempre hay que reconocer el valor y la individualidad de cada madre.

Intervenciones de Enfermería:

- ❖ Dar cuidados directos y enseñanza,
- ❖ Fomentar el uso de técnicas respiratorias, relajación y distracción.
- ❖ Prevenir o aliviar el dolor o a ayudar a la paciente a manejarlo.
- ❖ Ofrecer comodidad por medio de la postura apropiada.
- ❖ Apoyo a la madre para cuidar de sí misma y del niño.
- ❖ Proporcionar un medio de apoyo que favorezca la salud.
- ❖ Coordinar los cuidados.
- ❖ Trabajar con la adaptación familiar³².

V. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

I. IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: MJM EDAD: 19 SEXO: F FECHA DE NACIMIENTO: 09 OI 1989 ORIGINARIO DE: MUNICIPIO DE TEJUPILCO EDO. MEXICO

NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: LA MISMA PACIENTE

OCUPACIÓN: HOGAR ESCOLARIDAD: 6° PRIMARIA EDAD: 19a

DOMICILIO: LAS MARGARITAS #34 TELÉFONO: NO

VI. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

ALIMENTACIÓN.

NECESITA AYUDA PARA COMER: SI NO

HORARIO DE LOS ALIMENTOS: DESAYUNO 10 AM, COMIDA 14:00 NO CENAN

ALIMENTOS Y BEBIDAS PREFERIDOS: 2 VECES A LA SEMANA COCACOLA

ALIMENTOS Y BEBIDAS RECHAZADOS: NIINGUNO

INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO: CARNE DE PUERCO

INGESTA DE ALIMENTOS/ SEMANA (FRECUENCIA):

CEREALES: NO FRUTAS: CADA 8 DIAS JUGOS Y LÍQUIDOS: SOLO AGUA CARNES: 1 VEZ A LA SEMANA, POLLO

SURTIDA DIARIO HUEVO: 2 VECES A LA SEMANA

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:

HIERVE AGUA O AGREGA ALGUNA SUSTANCIA: TOMA AGUA PURIFICADA LAVA FRUTAS Y VERDURAS: SI

CUECE O FRIE LAS CARNES: SI

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Y LAS RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: SU ALIMENTACIÓN ES MUY POBRE YA QUE MECIONA NO TENER MUCHA HAMBRE

ELIMINACIÓN.

No. VECES QUE ORINA: 3 VECES AL DÍA EVACUACIÓN: CADA: 3 DÍA

CARACTERÍSTICAS DE EVACUACIÓN:

URINARIA: AMARILLA CONCENTRADA POR LA MAÑANA Y POR LA TARDE LA ORINA ES CLARA

INTESTINAL: MUY DURA Y AVECES BLANDA PADECE DE ESTREÑIMIENTO DESDE LOS 10 AÑOS NO SE A TRATADO.

REPOSO Y SUEÑO.

HÁBITOS PARA DORMIR:

No. TOTAL DE HORAS DE SUEÑO: 6 O 7 HORAS ININTERRUMPIDO: SI NO TRANQUILO: NO

SIESTAS: SI NO DURACIÓN DE LAS SIESTAS: 15 MIN. POR LAS TARDES 3:00 PM

VESTIDO.

SE VISTE SOLO O CON AYUDA: SOLA CAMBIO DE ROPA TOTAL : SI
PARCIAL _____, CARACTERÍSTICAS EN LA LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA: DICE QUE SE CAMBIA
DIARIO PERO SE OBSERVA QUE NO LO DEMUESTRA ASÍ YA QUE AL LLEGAR SU ROPA NO ESTABA LIMPIA

HIGIENE.

Fo. BAÑO TOTAL: DIARIO LAVADO DE MANOS: CADA QUE LO REQUIERO LAVADO DE DIENTES: 3 VECES
AL DIA

CORTE DE UÑAS: CUANDO ME CRECEN

OBSERVACIONES ACERCA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE Y RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: SE
OBSERVA POCA LIMPIEZA CORPORAL, HAY PRESENCIA DE HONGOS EN UÑAS DE AMBOS PIES, CABELLO
SUCIO, OLOR DE AXILAS Y PIES NO AGRADABLE.

TEMPERATURA.

VENTILACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: SI ILUMINACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE:
SI, MANIFIESTA CONSTANTEMENTE FRÍO NO CALOR NO TEMPERATURA AXILAR: 36.8 °C

MOVILIDAD Y POSTURA.

- PUEDE TOMAR UNA POSICIÓN LIBREMENTE ESCOGIDA: SI X NO : _____ ¿Por qué? _____
- NECESITA DE ALGUN DISPOSITIVO ORTOPÉDICO PARA MOVILIZARSE: NO

OXIGENACIÓN.

RESPIRA POR NARIZ SI X NO ___ FUMADORES EN CASA SI, SU ESPOSO, I CAJETILLA DIARIA ALTERACIÓN AL
RESPIRAR (CARACTERÍSTICAS) NINGUNA SE ASOCIA CON NINGUNA PRESENCIA DE CIANOSIS (ZONAS)
NINGUNA

COMUNICACIÓN.

- PERSONA CON LA QUE TIENE MAS COMUNICACIÓN: CON SU ESPOSO
- SU PACIENTE ES: ALEGRE ___ TÍMIDO X AGITADO ___ AGRESIVO ___ INDEPENDIENTE ___ X
DEPENDIENTE ___
- PROBLEMAS AUDITIVOS Y/O VISUALES: NO
- PROBLEMAS DE LENGUAJE: NINGUNA

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIARES - PTE.

ES CONGRUENTE CON LO QUE MENCIONA

REALIZACIÓN.

EN LAS ACTIVIDADES DE DEPORTES O DISTRACCIÓN: PARTICIPA NO SE AÍSLA NO
PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL: NINGUNA
SE SIENTE A GUSTO CON SU ACTIVIDAD LABORAL: SI, LE AGRADA LAS LABORES DEL HOGAR,
TRABAJA EN: EN EL HOGAR
SU HORARIO DE LABORES ES: SI ES AMA DE CASA SUS LABORES COTIDIANAS Y HORARIO SON: SE LEVANTA A LAS 7 AM PREPARA EL DESAYUNO Y COMIDA QUE SE LLEVA EL ESPOSO. LIMPIA SU CASA. SI HAY QUE LAVAR ROPA LO HACE, LUEGO PREPARA LA COMIDA PARA LAS 5 PM ENQUE LLEGA EL MARIDO, YA NO CENA, VE LA TELEVISIÓN CON EL ESPOSO, LUEGO SE VA A DORMIR.

RECREACIÓN.

PREFERENCIAS RESPECTO A:
JUEGO Y DEPORTES: NINGUNO
ANIMALES: NINGUNO
PERSONAS: NINGUNO
TELEVISIÓN: COMEDIAS DEL CANAL DOS DE 20:00 A 21:00 PM

SEGURIDAD.

ALGUN PROBLEMA DE SALUD AGREGADO AL DE HOSPITALIZACIÓN NO
PROGRAMACIÓN DE VISITAS (QUIEN Y CUANDO) NINGUNO
OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA ACERCA DEL CUIDADO Y PREOCUPACIÓN DEL FAMILIAR POR SU PACIENTE: EL ESPOSO Y SUS FAMILIARES SE VEN CONTENTOS Y ESTÁN PENDIENTES DE ELLA
ALGUN MIEDO EN EL PTE: NUNCA HA ESTADO HOSPITALIZADA TIENE MIEDO DEL HOSPITAL, NO TIENE IDEA DE CÓMO SERA EL PARTO, NO SABE SI LA TRATARAN BIEN O NO, SI IBA A NACER BIEN SU BEBE, TIENE MIEDO DEL DOLOR QUE ESTA PRESENTANDO. DESEA QUE SE LE quite. TIENE MIEDO DE NO SABER CUIDAR A SU BEBE.
CAMBIOS IMPORTANTES EN LA FAMILIA (MUDANZA, DESEMPLEO, SEPARACIÓN, ENFERMEDAD) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: NINGUNO
ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA EN QUIENES LE RODEAN UN SOBRINO QUE VIVE CON ELLOS TIENE RUBEOLA TIENE MIEDO POR SU BEBE QUE SE CONTAGIE
ALGUN MEDICAMENTO TOMADO EN CASA Y FORMA DE PROPORCIONARLOS NINGUNO

APRENDIZAJE.

CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE: NINGUNO

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

HABITOS DE HIGIENE

MEJORAR APARIENCIA

HABITOS DE ALIMENTACIÓN

DOMINIO DE BUENOS HABITOS DE ELIMINACIÓN

RECREACIÓN

RELIGIÓN.

RELIGIÓN E IMPORTANCIA PARA SU RECUPERACIÓN:

CATOLICA, SE ENCOMIENDA A DIOS PARA QUE TODO SALGA BIEN

CABEZA Y CUELLO: PRESENTA CARIES DENTAL, Y SARRO PRONUNCIADO,

CUELLO NORMAL SIN NINGUNA ALTERACIÓN

MUCOSAS: DESIDRATADAS POR LA INADECUADA RESPIRACIÓN AL TENER LA CONTRACCIÓN

PIEL: MUY RESECA Y SUCIA

TORAX NORMALES SIN PRESENCIA DE ESTERTORES

ABDOMEN GLOBOSO A ESPENSAS DE ÚTERO GESTANTE, CON 6 CM. DE DILATACIÓN, 80 % DE BORRAMIENTO, PRESENTA MOVIMIENTOS FETALES, FC 150 x' CON CONTRACCIONES FRECUENTES,

PRESENTACIÓN CEFALICA

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES EXTREMIDADES SUPERIORES NORMALES, CON LIGERO EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La señora María es una mujer de 19 años de edad cronológicamente igual a la que aparenta, primigesta que se encuentra en la sala UTQ del Hospital ISSEMYN Ecatepec en trabajo de parto con 6 de dilatación, 80 % de borramiento, FCF 150x¹, presencia de contracciones continuas, con presentación pélvica; se deja a libre evolución con vigilancia ginecológica y monitorización por toco cardiógrafo.

Ciente que llega al servicio por primera vez con gesto de dolor, mucosa oral deshidratada, falta de higiene corporal, y dental, con presencia de micosis ungueales y de pies con desagradable olor en los mismos y en axilas angustiada tensa, preocupada por no saber nada en cuanto al parto, a su evolución y al ambiente hospitalario ya que nunca ha estado hospitalizada, se siente muy incomoda, desea dormir no puede, quisiera levantarse a orinar al baño pero no se le permite, y se le dificulta con el cómodo, refiere sentirse muy adolecida a nivel de la cadera, no soporta el dolor tan profundo. Tiene mucha sed, manifiesta timidez al descubrirla al tacto, se agita demasiado; respira por la boca muy rápido presentando deshidratación de mucosas orales. Desea levantarse y caminar pero no se le permite.

De ahí se desprenden los diagnósticos de enfermería que permitirán que se realice la planeación adecuada a las necesidades del binomio favoreciendo su bienestar durante el trabajo de parto.

5.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	F	V	C
1.OXIGENACIÓN	X				X
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN		X			X
3. ELIMINACIÓN		X			X
4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA		X			X
5. DESCANSO Y SUEÑO		X			X
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS		X	X		
7.TERMORREGULACIÓN		X	X		
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL		X	X		
9. EVITAR PELIGROS	X				X
10. COMUNICARSE	X				X
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	X				X
12. TRABAJAR PARA REALIZARSE	X				X
13. RECREACIÓN	X			X	
14.APRENDIZAJE		X			X

5.3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico: Alteración de la nutrición e hidratación por menor ingesta de los requerimientos del cuerpo en relación con disminución del consumo durante el trabajo de parto.

Objetivo: Contribuir a mejorar la necesidad de hidratación y nutrición.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Proporcionar un ingreso parental adecuado.	Los líquidos parenterales deben administrarse exactamente como están prescritos en relación a la cantidad y tipo de solución, la velocidad del flujo y la hora en que debe administrarse	Se mantuvo la hidratación parenteral.
Dar cuidados bucales.	Mantener hidratación bucal y labial alivia la necesidad de bienestar durante el trabajo de parto.	Se humedecieron boca y labios.
Ayudar al cliente a vaciar la vejiga. Esta debe ser vaciada cada dos horas durante el trabajo de parto.	La vejiga debe estar vacía ya que de lo contrario se retrasa el avance del trabajo de parto y aumentan las molestias.	La vejiga se mantiene normal.
Enseñar y reforzar técnicas correctas de respiración.	Una respiración profunda y relajada favorece la oxigenación y sirve como inicio de la relajación.	La cliente respira en forma adecuada relajándose entre cada contracción.

Diagnóstico: Alteración del patrón de eliminación relacionado con la falta de ingesta de líquidos aumentado por el esfuerzo del trabajo de parto.

Objetivo: Proporcionar y estimular la ingestión de una dieta bien balanceada con suficientes cantidades de fibras y líquidos.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Tomar como mínimo 10 vasos de agua al día.	Aunque el estreñimiento puede ser síntoma de un trastorno grave, se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos y fibras, trastorno emocional o ciertos medicamentos.	Logró asimilar el déficit de esta necesidad llevándolo a la práctica.
Ingerir una dieta equilibrada y suficiente en verduras y cereales de fibra.	Por lo general estos síntomas mejoran con una alimentación balanceada con suficientes cantidades en fibras.	
Hacer que camine 30 minutos diarios.	<p>El ejercicio sencillo como caminar; ayuda a mejorar la circulación, aumentan el apetito, facilitan el funcionamiento adecuado del los intestinos y mejoran el sueño.</p> <p>El corregir el tipo de dieta sirve para educar al paciente hacia un nuevo estilo de vida que le ayudara a su mejora.</p>	

Diagnóstico: Alteración de la comodidad relacionado con las contracciones del trabajo de parto manifestado por dolor intenso.

Objetivo: Buscar la posición más cómoda para favorecer su bienestar durante el trabajo de parto.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Ayudar a la cliente a asumir una postura que la mantenga cómoda	La posición adecuada que alivie la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales incrementan notablemente la comodidad de la madre.	
Colocar a la mujer acostada sobre uno de sus lados con el brazo y las piernas apoyados en almohadas.	La posición adecuada alivia algunas de las molestias y la presión que se ejerce sobre los vasos.	La posición favoreció la comodidad de la madre durante el trabajo de parto.
Colocar a la paciente en posición fowler intermedia con las piernas en abducción, las agarradas de las pernas por detrás de las rodillas, mentón sobre el pecho	La posición apropiada, aprovechando la fuerza de la gravedad y el principio de presión directa, puede facilitar el nacimiento.	

Diagnóstico: Alteración del patrón de sueño en relación con el trabajo de parto manifestado por la dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo: Fomentar un medio tranquilo, reduciendo la intensidad de luces para favorecer el descanso y sueño durante el trabajo de parto.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
<p>Proporcionar cambios de posición</p>	<p>Los cambios de posición benefician la actitud mental y favorecen la actividad de algunos grupos musculares</p>	
<p>Reforzar ejercicios de respiración</p>	<p>Con una adecuada técnica de respiración se propicia que haya una relajación y descanso favoreciendo el sueño, reduciendo ansiedad, dolor.</p>	<p>Todas estas intervenciones se llevaron a cabo permitiendo un buen trabajo de parto.</p>
<p>Hacer que el cliente descanse y duerma entre cada contracción.</p>	<p>Después de un trabajo agotador se presenta la fatiga normal. Un periodo de descanso o de sueño normalmente restablece la capacidad del individuo para trabajar y le produce una sensación de bienestar.</p> <p>Un ambiente terapéutico permite la satisfacción o solución a necesidades humanas.</p>	

Diagnóstico: Deficiencia de cuidados personales (aseo, higiene) por inmovilidad durante el trabajo de parto.

Objetivo: Proporcionar confort a la cliente durante el trabajo de parto.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
<p>Conservar la piel y las mucosas sanas e íntegras.</p> <p>Realizar cambios de sábanas y bata cuando sea necesario.</p> <p>Mantener el perineo limpio y seco.</p> <p>Proporcionar paños húmedos en cara por presencia de diaforesis a causa del esfuerzo del t.p.</p>	<p>La piel y las mucosas son las primeras líneas de defensas contra agentes patógenos.</p> <p>Las medidas higiénicas contribuyen a que la cliente se sienta cómoda y descansada</p> <p>Una cama con las sábanas bien estiradas producen bienestar al cliente.</p> <p>El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.</p> <p>La humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias.</p> <p>El sudor, la secreción de glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.</p>	<p>Se llevaron a cabo los cuidados favoreciendo su confort.</p>

5.4 PLAN DE ALTA

DIETA

Se recomienda una dieta normal utilizando los 3 grupos de alimentos, consumiendo 2 litros de agua simple diarios (2 vasos con agua por la mañana, 2 por la tarde y dos por la noche).

Complementar con colaciones entre el desayuno y la comida (plato de fruta picada o verduras, gelatina, pan con mantequilla, vaso jugo). Así como entre la comida y la cena. Para favorecer la satisfacción en la alimentación por la lactancia.

Consumir productos con fibra para el estreñimiento como: vegetales (nopales, lechuga, apio, calabacita con cáscara, etc.), fruta con cáscara delgada (pera, manzana, durazno, guayaba, etc.), panes o cereales de granos enteros (centeno, cebada, trigo, avena, etc.) y leguminosas (frijoles, habas, garbanzos, lentejas y soya).

Grupo I: 50% Cereales y Tubérculos.

Grupo II: 20% Leguminosas y Oleaginosas.

Grupo III: 30% Frutas y Verduras

HÁBITOS HIGIÉNICOS

- Baño diario
- Recorte de uñas y mantenerlas limpias.
- Mantener lubricada la piel con crema.
- Asear los pies y mantenerlos fuera de humedad para evitar los hongos, aplicar pomada diariamente.
- Utilizar desodorante para evitar el mal olor en las axilas.
- Cepillado de dientes tres veces al día para evitar mal aliento, sacar cita con el dentista para tratar la caries dental pronunciada.
- Realizar cambio de muda de ropa externa como interna diariamente.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

Los siguientes signos físicos pueden indicar infección o hemorragia y deben de acudir al servicio de urgencias:

1. Hemorragia vaginal abundante o loquios color rojo brillante (después de que hayan adquirido un color café rojizo pálido).
2. Fiebre (con o sin escalofrío).
3. Aumento de la descarga vaginal, en especial si es de mal olor.
4. Área inflamada, adolorida, enrojecida o caliente en una pierna.
5. Área inflamada adolorida, enrojecida o caliente en las mamas.
6. Sensación quemante o dolor al orinar incapacidad para efectuar la micción.
7. Dolor persistente en el perineo o la pelvis.

MEDICAMENTOS

Ketorolaco 10mg vía oral en caso de dolor.

PRÓXIMA CITA

Programar cita con médico familiar a los 10 días post parto para su revisión.

VI. CONCLUSIONES

El plan de cuidados es un instrumento muy importante para el personal de enfermería porque es metódico, sistemático y ordenado; cuando se recolecta la información se puede extraer los problemas potenciales de un individuo, familia o comunidad; y se puede planear diferentes actividades para ayudar a mantener la vida permitiendo que esta continúe y se reproduzca.

Con el plan de atención de enfermería se establece una relación más estrecha entre enfermera – paciente lo que permite que los objetivos planeados se lleven a cabo y sean asimilados por el cliente.

A través de este proceso se visualiza al cliente como un ente social al cual se le aplican los cuidados de enfermería en forma holística, retomando todo aquello que lo hace ser y querer reaccionar.

Recordemos que los cuidados de enfermería se van modificando conforme a las necesidades del ser humano y su entorno; y dependerá de la entereza que tengamos para discernir e investigar al proporcionar estos cuidados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morin E. en COLLIERE Françoise M. Promover la vida. Interamericana Mc – Graw Hill. Madrid. España 1993, P.37
2. Ibidem. P.33
3. Nightingale F. Ibidem P. 41
4. Bitenski R. Ibidem. P. 42
5. Ibidem P. 43
6. Ibidem P. 47
7. Morin E. P. 48
8. Mediador, en el sentido en que Mac Luhan lo entiende en su libro Pour comprendre les media, es un medio que invita a un mensaje, que cumple una acción que va a dar lugar a una transformación. COLLIERE P.52
9. Ibidem P.55
10. OMS Ibidem P. 57
11. F. Rafael Ibidem P. 60
12. Sainsaulieu R. Ibidem P. 61
- 13 PEREZ. HM. (2002). Operalización del Proceso de Atención de Enfermería Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, vol. 10 mayo-agosto 2002. P.62
14. Tapich Iyer ibidem P.63
15. Roldan A. F. Ibidem P. 63
16. NANDA. 1999. Ibidem P.63
17. Carpentino L. J. Ibidem P. 64
18. [http:// on line wwwterra.es/personal/dueñas/pae.htm](http://online.terra.es/personal/dueñas/pae.htm) 2008, 1-2
19. Ibidem.
20. Lefevre, A. R. Valoración en Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3edición Mosby, Madrid España 1999 P.255
21. Marriner T. A. Técnicas y Teorías de Enfermería Virginia Henderson 4ª edición, Harcourt Brace. Madrid, España 1999 P. 99-100
22. Riopelle et all, Cuidados de Enfermería Necesidades Fundamentales Independencia, Mac Graw Hill Interamericana. España 1997 P. 7-70

23. Reeder et al Enfermería Materno Infantil, Educación para el Embarazo y la Paternidad, Mac Graw Hill Interamericana. México 1999 P. 328 -333
24. Gay JT, Douglas Ibidem
25. Mercer R.T. Ibidem
26. Ibidem
27. Fishbein. E. G. Ibidem. P. 1077
28. Tortora et al Principios de Anatomía y Fisiología mac Graw Hill Interamericana. México 2003 P.
29. Héctor M. C. Ginecoobstetricia Elemental, Trillas, 4ª edición. México 20003 P. 275
30. Ibidem
31. [http:// on line www.terra.es/ramirez/t. p.htm](http://www.terra.es/ramirez/t.p.htm) 2008, 1- 5
32. Reeder et al Enfermería Materno Infantil, Educación para el Embarazo y la Paternidad, Mac Graw Hill Interamericana. México 1999 P. 479