



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA y  
OBSTETRICIA**

---

---

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**APLICADO A LA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE  
POSTCESAREA + RN MASCULINO + DIU  
POR PRECLAMPSIA LEVE + D C P  
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL EMSR DE JOJUTLA, MORELOS**

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

**PRESENTA:**

**BEATRIZ BUSTAMANTE NERI  
No. de cuenta: 4-0411631-2**

**DIRECTORA DEL TRABAJO  
LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**

**MEXICO, D.F. 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

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>1. OBJETIVOS</b>	3
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	4
<b>3. METODOLOGÍA</b>	5
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	6
<b>4.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA</b>	6
4.1.1 Concepto de Proceso Atención de Enfermería	6
4.1.2. Características del Proceso Atención de Enfermería	7
4.1.3Etapas del Proceso Atención de Enfermería	10
4.1.3.1 Valoración	11
4.1.3.2. La observación	12
4.1.3.3. Entrevista:	13
4.1.4. Historia Clínica de Enfermería	14
4.14.1. Resumen Clínico.	14
4.1.5. Diagnóstico de Enfermería	15
4.1.6. Definiciones de Diagnóstico de Enfermería	15
4.1.7. Finalidad del Diagnóstico de Enfermería	16
4.1.8. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería	17
4.1.9. Pasos para elaborar el Diagnóstico de Enfermería	17
4.1.10. Normas para describir Diagnósticos de Enfermería	18
4.1.11. Diagnóstico de Enfermería aprobados por la NANDA.	19
4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.	19
4.1.13. Planeación.	23
4.1.14. Ejecución	24
4.1.15. Evaluación	24
4.1.16. Conceptualización de un modelo	25
4.1.17. Funciones de Enfermería	26
4.1.18. Generalidades del modelo de Virginia Henderson.	27
4.1.18.1. Aplicación del modelo de Virginia Henderson.	32

<b>5. HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</b>	34
5.1. Historia Clínica.	34
5.2. Historia Clínica de Enfermería de Virginia Henderson.	35
<b>6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b>	44
<b>7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.</b>	45
<b>8. PLAN DE ALTA</b>	50
<b>9. CONCLUSIONES</b>	54
<b>10. ANEXOS</b>	55
<b>10.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO</b>	
	55
10.1.1 Órganos genitales externos.	55
10.1.2. Órganos genitales internos.	57
<b>10.2. CESAREA</b>	59
10.2.1 Definición	59
10.2.2. Tipos de Incisiones	59
10.2.3 Indicaciones fetales	60
10.2.4 Indicaciones maternas	60
10.2.5 Indicaciones relativas al cérvix	60
10.2.6. Medidas preoperatorios	61
10.2.7. Técnica Quirúrgica	61
10.2.8 Riesgos y Complicaciones	67
10.2.9. Cuidados Posoperatorios	67
10.2.10. Complicaciones del Puerperio	68
<b>10.3. FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO</b>	68
10.3.1 Cambios en el aparato reproductor	69
<b>10.4. PREECLAMPSIA LEVE</b>	71
<b>10.5. INSTRUMENTOS DE VALORACION</b>	72
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	81

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el personal de enfermería requiere de una gama importante de conocimientos y visiones mucho más extensas, que se adquieren durante la formación profesional, para brindar una atención integral que incluye diversas labores entre las que destacan aquellas encaminadas a la detección de problemas de salud potenciales o ya establecidos, de tal modo que se construyan líneas de intervención oportunas antes de que dejen secuelas o pongan en riesgo la salud del paciente. Por tal motivo surge la necesidad de basarse en modelos teóricos que ayuden a identificar los elementos, que participan en la construcción del proceso de cuidados.

- El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento que nos ofrece la oportunidad de identificar, jerarquizar problemas o alteraciones de manera oportuna y constituir una estructura brindándole una atención de calidad al ser humano. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención integral, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe permitiendo evaluar el impacto de la atención de enfermería

Considerando la importancia social de la etapa reproductiva de la mujer, en este caso durante el puerperio quirúrgico, este Proceso se aplicó a una persona de sexo femenino, adulta joven, primigesta internada en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla Morelos (SSM). Desde la perspectiva del modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades tomando en cuenta los cambios fisiológicos que se presentan durante el puerperio que la paciente debe comprender para lograr un mejor auto cuidado. Tomando en cuenta las características de la etapa de la vida (adulta joven) que se encuentra cursando la paciente y proporcionando confianza para la adaptación al rol de madre.

De acuerdo con las estadísticas del 75 % al 90% de los partos son por cesárea. Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cambios que se presentan durante el puerperio y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente.

En la primera parte se presentan los objetivos; posteriormente en la metodología se menciona la forma en que se llevo a cabo la elaboración del presente trabajo.

En el marco teórico, redacta la evolución de la enfermería, su conceptualización, define el proceso atención de enfermería señalando cada una de las etapas que lo conforman, exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson.

Posteriormente se expone la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, esto es, ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas, estableciendo diagnósticos de enfermería en base a los editados por la NANDA.

En la segunda etapa se desarrolla la planeación de las acciones. Por último se describe el plan de alta, las conclusiones, sugerencias, mencionando objetivos alcanzados y resultados obtenidos en la realización de este trabajo.

En la bibliografía se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo.

En la tercera y última parte contiene anexos se incluye el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas en base al modelo de Virginia Henderson Guía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

- ☺ Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una paciente en etapa adulta joven primigesta llevando a cabo acciones específicas, con la finalidad de brindar una atención integral con calidad y calidez al binomio madre e hijo por medio de un Plan de cuidados de enfermería.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ☺ Identificar las necesidades y respuestas humanas de la paciente ante la situación de salud mediante la valoración del modelo de Virginia Henderson.
- ☺ Fomentar en la persona la independencia en la satisfacción de necesidades.
- ☺ Planear, ejecutar y evaluar el plan de cuidados.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la enfermera, así como otros profesionales en salud tiene el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena independiente y saludable. Con la capacidad de aplicar el conocimiento científico de diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan a las necesidades humanas fundamentales.

La elaboración de un proceso Atención de Enfermería debe encauzar a la enfermera en una etapa de formación, a integrar los conocimientos teóricos y científicos en la planeación ideal de la atención en las usuarias con el debido profesionalismo y ética que nos identifica logrando como resultado una mejor calidad de vida en las usuarias.

El presente Proceso Atención de Enfermería, permite para la disciplina de Enfermería ser una herramienta, donde se integre; el Proceso Enseñanza-Aprendizaje, en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del modelo de Virginia Henderson, por su gran trascendencia y su alto impacto en Enfermería, con un enfoque holístico del cuidado, el cual se centra en la respuesta humana única del individuo.

Para la realización del presente Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una paciente del servicio de gineco-obstetricia con diagnóstico de Postcesarea + RN Masculino + DIU, aplicando el modelo de Virginia Henderson, fue necesario seguir toda una metodología, la cual permitió concluir con éxito el trabajo y lograr la titulación.

### 3. METODOLOGIA

Para la realización del presente Proceso de Atención de Enfermería fue necesaria la asesoría de una docente de la ENEO, la cual programó las asesorías en la escuela y llevando revisiones vía correo electrónico, realizando correcciones al trabajo.

En la **primer etapa** del proceso se realiza la **valoración** mediante 3 sesiones de aproximadamente 2hrs. de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson mediante la exploración física y la entrevista directa con la señora Mariela, persona adulta joven primigesta en puerperio quirúrgico en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General "Ernesto Meana San Román" de Jojutla, Morelos en el turno matutino en diciembre del 2007,. y se aplica el instrumento de la recolección de datos que se obtuvo del libro Fhanaut, acerca de la salud física, emocional, familiar, comunicación verbal y corporal, así como, ambiente familiar y entorno de LA PUERPERA.

La recolección de datos se obtuvo a través de la exploración física, observación directa, con previa autorización de ella para la realización de dicho proceso de esta manera al recopilar toda la información suficiente se integraron los diagnósticos de enfermería utilizando como recurso la bibliografía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para sustentar los diagnósticos de enfermería.

Contando con toda la información anterior **se llevó a cabo la segunda etapa de ordenamiento y jerarquización** de las necesidades del preescolar para poder realizar el plan de cuidados, donde se expresaron los objetivos, las intervenciones de enfermería, la fundamentación científica para cada una de ella y posteriormente se ejecutaron las acciones con los recursos y materiales que se tomaron en cuenta en la etapa anterior.

Posteriormente **la planeación en la tercer etapa** del proceso se elaboro un plan de cuidados de enfermería, tomando como base la información obtenida se analizaron los datos para determinar las necesidades prioritarias de acuerdo a lo que plantea Virginia Henderson se ordenaron todos los datos para la identificación de los problemas y-o necesidades que serán la base para la planeación de los cuidados. Así como elaboración de objetivos claros.

Posteriormente se lleva a cabo **la cuarta etapa de ejecución** de las actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados, cuidados y/o tratamientos. Implica llevar a cabo las prescripciones de enfermería (actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados).

Se finaliza con **la quinta etapa de evaluación** donde se contempló la pertinencia de los objetivos y el grado en que han sido alcanzados, la evolución o desarrollo del proceso y la satisfacción del binomio.

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA**

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió que el objetivo real de la enfermera era poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actúe sobre él”, quería que el paciente se sintiera lo más cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del médico.

Desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales tecnológicos, científicos, educativos, etc. Y durante esta evolución las necesidades del paciente han seguido siendo el centro de atención de la enfermera.

“Diversas materias han evolucionado para para cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia asistencial social, Dietética). El papel de la enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares han pasado de ser proveedora a ser coordinadora”.<sup>1</sup>

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos específicos de enfermería para resolver los problemas del paciente, y el método por el que se logra esto es el Proceso de Enfermería.

#### **4.1.1. CONCEPTO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

Antes de utilizar el proceso de enfermería, se uso el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identifico la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de enfermería. Este como un instrumento, herramienta o método para la práctica, fue presentado en el año 1961 por Orlando. Ha sido el modelo predominante en la clínica de enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

Es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generen a partir de estos. Por medio del Proceso de Enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> IYER Patricia, W. Et. Al. Proceso de enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, p.1.

<sup>2</sup> IBIDEM p.p. 1-30

Ninguna de sus etapas) Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se alimentan continuamente. Estas permiten la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El proceso de enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados, y la satisfacción y el progreso del paciente.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería; mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado se alterara, promover entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar, lo máximo, sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.<sup>3</sup>

#### **4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

El proceso de enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) Humanista, 3) intencionado, 4) Dinámico, 5) Flexible, 6) Interactivo.

Es un método:

Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad con el otorgamiento de los cuidados.

Es sistemático:

Porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de resultados.

Humanista:

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

Intencionado:

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermería.

Dinámico:

Es dinámico porque evoluciona según las respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e interactivo, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero

---

<sup>3</sup> IBIDEM p.p. 42

suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con el los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

Flexible:

La flexibilidad del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; y el segundo sus fases puede utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Interactivo:

Porque de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes.

El proceso de enfermería exige fundamentación teórica, quinto punto, que parte de numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Por último su finalidad es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

Por otra parte, la aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones en la profesión, el enfermo y el profesional de enfermería. Además, permite sistematizar el campo de actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo del saber y del hacer en la profesión de enfermería y permite hacer auditoria mediante el examen de los cuidados de enfermería proporcionados y su comparación con los estándares o normas.

El proceso de enfermería resulta benéfico para el paciente y su familia, porque lo estimula a participar activamente en este, al involucrarlos, en sus diferentes fases. Proporciona los datos de la evaluación, participa en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, comprueba el cumplimiento de los objetivos y da las respuestas que van a evaluarse. Así mismo, el plan de cuidados escrito en el registro fomenta la continuidad de los cuidados, lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

También aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la excelencia del profesional; estimula la creatividad y las innovaciones a la hora de solucionar los problemas generados en el cuidados de enfermería, y el desarrollo de habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas; e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes.

El proceso de enfermería hace aportes a la investigación relacionadas con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aún no bien definidos y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planes estandarizados, entre otros.

En la educación formal de profesionales de enfermería, el proceso es un instrumento ideal para orientar los trabajos en la experiencia clínica, organizar el plan de estudios y los contenidos de las asignaturas profesionales.

El profesional de enfermería puede ofrecer a las entidades que lo contratan valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnóstico de problemas de enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditoría del cuidado que ofrecen.

Así mismo, poder clarificar el aporte específico que hace en la prestación de los servicios sanitarios, le permite no solo diferenciarse de otros profesionales sino dar un respaldo y un crédito de la calidad de los servicios que ofrece.

Es necesario que el profesional de enfermería organice sus conocimientos y su pensamiento para llevar a cabo las acciones que requieren el cuidado de los usuarios. Si no se opta por el proceso de enfermería que en la actualidad se dispone, deberá buscarse otro instrumento de trabajo que le permita un método lógico y racional. Pero adoptar el proceso de enfermería, y no otro, permite intercambiar experiencias con profesionales de enfermería de otras latitudes, poner a prueba los resultados logrados a través de trabajos de investigación y hacer comparaciones, lo cual es posible si se comparte un lenguaje universal.

Uno de los aspectos que se señalan como obstáculo para su aplicación es el escaso número de profesionales de enfermería; sin embargo, es necesario buscar estrategias para mejorar la infraestructura de los servicios no solamente dotándolos de personal de enfermería en las cantidades y calidades que exige el cuidado de la salud, sino con el complemento de registros adecuados al proceso y al diseño de protocolos de atención de enfermería. También se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de enfermería frente a su ejercicio profesional.<sup>4</sup>

El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana, dichas acciones para lograr los objetivos son:

---

<sup>4</sup> B.C. LONG/W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica". 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pag. 12.

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una mente tranquila.
- Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Ventajas que ofrece el Proceso Atención de Enfermería para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo
- Promueve el crecimiento profesional
- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la práctica
- Puede servir de guía entre la práctica, la docencia y la investigación.

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su autocuidado
- Continuidad en su atención

#### **4.1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el Proceso Atención de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la etapa de valoración se genera por un lado, la recogida de datos el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global.<sup>5</sup>

#### **4.1.3.1. Valoración**

##### **La valoración la conforman:**

- La observación.
- La entrevista de enfermería.
- La historia clínica de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería.
- El resumen clínico.

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente que sigue un esquema.

##### a) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente. Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial.<sup>6</sup>

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte para su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre el paciente y su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades y problemas en esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción
- La interrelación de unas necesidades con otras.

---

<sup>5</sup> “ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA”. Volumen 1. Pag. 3-4.

<sup>6</sup> B.C. LONG/WJ. Phipp. Op Págs. 14-15.

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

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente, las cuales exigen una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser difícil de manejar por lo que es preciso establecer un sistema para identificar las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: asegurarse de contar con hechos reales y confiables.
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.

#### **4.3.2. La Observación**

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos, sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.<sup>7</sup>

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

---

<sup>7</sup> García Albarrán y Mata Cortes. "El Proceso Atención de Enfermería". Antología SUA-ENEO. Enero, 1996. Pag. 26-28.

a) Datos objetivos:

Son detectados directamente por el personal de enfermería.

b) Datos subjetivos:

c) Son los facilitados por el paciente y dignos de toda consideración

La recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección, clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente.<sup>8</sup>

### **4.3.3. Entrevista:**

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentidos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería. Es necesario conceder el tiempo requerido, a fin de identificar sus necesidades de salud.<sup>9</sup>

La enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Existen fuentes directas por las cuales se puede continuar la entrevista:

a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente

b) Historia clínica actual o alguna anterior.

c) Informes derivados de los demás miembros de salud.

d) Material bibliográfico.

---

<sup>8</sup> Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 1 Pag. 4.

<sup>9</sup> García Albarrán y Mata Cortes Op cit. Pag. 47

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente.<sup>10</sup>

#### **4.1.4. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA**

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar los cuidados de enfermería.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución.

Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

La historia clínica de enfermería deberá adaptarse a cada una de las unidades del individuo, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad o una unidad de cuidados intensivos.

El paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus pensamientos, sus sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amigos.<sup>11</sup>

##### **4.14.1 Resumen Clínico**

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamientos del paciente.

---

<sup>10</sup> Enc. De la Enf. Volumen 1 Pag. 5-6

<sup>11</sup> García p Albarrán Op cit. Págs. 33-35

#### 4.1.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza.

##### **Inicios del diagnóstico de Enfermería**

La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale quien describe el propósito de enfermería como: “Pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados durante los 20 años siguientes las referencias al diagnóstico de enfermería aparecen de forma esporádica en la literatura.

Sin embargo desde 1973 que se convocó la primera reunión del Grupo Nacional para el Diagnóstico de Enfermería

##### 4.1.6. Definiciones de Diagnósticos de Enfermería:

1.- Una función independiente de la enfermería, una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).

2.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar (Muritz).<sup>12</sup>

3.- Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> CARPENITO, Manuel. “Manual de diagnóstico de enfermería”. 4ª ed. Madrid Interamericana. 1993. Pags.9-11.

<sup>13</sup> Ibidem. Pag. 12

## **Importancia del diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas.**

El uso del diagnóstico de Enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidado de salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de diagnóstico de enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

El uso de diagnósticos de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtengan la recompensa.<sup>14</sup>

### **4.1.7. Finalidad del diagnóstico de enfermería:**

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, plantear los cuidados más oportunos.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, par posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano.

Para ello hay que considerar atentamente: hechos, comportamientos, signos y síntomas, determinar el grado de autonomía del paciente, indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo, establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias.

---

<sup>14</sup> Op cit. CARPENITO, Manuel. Págs. 24-25.

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables directos, resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de enfermería.<sup>15</sup>

#### Problema interdependiente

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

#### 4.1.8. Clasificación de los diagnósticos de enfermería

a) Diagnóstico real:

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir están presentes los signos y síntomas.

b) Diagnóstico potencial:

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

c) Diagnóstico posible:

d) Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.<sup>16</sup>

#### Pasos para elaborar los Diagnósticos

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.
- 2.- Definición.
- 3.- Características definitorias.
- 4.- Factores relacionados.

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema. P.e. alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

---

<sup>15</sup> Enc. Enf. Volumen 1. Pag. 6-7.

<sup>16</sup> García. Ma. De Jesús. “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson” Progreso, S.A. 1997 PAGES. 31-33.

## 2.- Definición.

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas. P. ejem. Alteración en el mantenimiento de la salud se define como incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud.<sup>17</sup>

## 3.- Características definitorias.

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puede indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Éstas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100 % de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y 79% de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denominan FACTORES DE RIESGO.

### **4.2.10. Normas para describir diagnósticos de enfermería:**

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieren a las respuestas más que las necesidades.
- 2.- Utilizar "relacionado"/a, con ".
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.

---

<sup>17</sup> Fernández Ferrin, Carmen; Gloria Novel, Martí Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat edición. 1993. Págs. 42-43.

10. El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.<sup>18</sup>

Problema de salud.	Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar <sup>19</sup>

#### 4.1.11. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA( Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.<sup>20</sup>

#### 4.1.12. Lista de Diagnósticos de Enfermería.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las catorce necesidades fundamentales.

- 01.RESPIRAR
- 02.ALIMENTARSE E HIDRATARSE.
- 03.ELIMINAR
- 04.MOVERSE
- 05.DORMIR Y REPOSAR
- 06.VESTIRSE Y DESNUDARSE
07. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LÍMITES NORMALES
08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.
09. EVITAR PELIGROS.
10. COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.
11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

<sup>18</sup> Carpenito . Op cit. Pag. 36.

<sup>19</sup> García, Ma. De Jesús. Op. Cit. Pag. 37.

<sup>20</sup> Enc. Enf. Tomo 1. Págs., 11-76

- 12. PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE.
- 13. RECREARSE
- 14. APRENDER

#### **4.1.13. Planeación**

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, de definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería.<sup>21</sup>

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar sin dilación, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables.<sup>22</sup>

Establecimiento de prioridades y objetivos.

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros.

Cuando ya se establecen prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza de índole psicomotriz, cognitivo afectivo, etc., pueden tratarse de objetivos a corto, mediano y largo plazo, así como circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

---

<sup>21</sup> ALFARO, Rosalinda, “Aplicación del Proceso de Enfermería “Segunda edición, Barcelona, España: Doyna 1992. Pag. 6

<sup>22</sup> Enc. De la Enf. Tomo 1 pag. 8.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo<sup>23</sup>

#### **4.1.14. Ejecución**

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.<sup>24</sup>

Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería; a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación, no solo se debe atender la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus preocupaciones temores y ansiedades.

La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse.

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Alfaro Op. Cit. Pag. 24

<sup>24</sup> Ibidem pag. 38

<sup>25</sup> Iyer Op. Cit. Pag. 38

#### **4.1.15. Evaluación**

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Es una etapa compleja, dado que debe juzgar diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de los objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan establecido.<sup>26</sup>

#### **4.1.16. Conceptualización de un modelo**

Antecedentes

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de enfermería.

Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante dado que ya se han tenido experiencia, en la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.

Así mismo ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería.

---

<sup>26</sup> Alfaro op. Cit. Pag. 6

Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la enfermera puede ejercer por sí misma ( incluido el diagnóstico y tratamiento ), además de las funciones delegadas por el médico., que tradicionalmente ha venido ejecutando.

#### **4.1.17. Funciones de Enfermería**

Independientes:

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento.

Interdependientes:

Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

Dependientes:

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes médicas.

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación en el campo de la enfermería.<sup>27</sup>

Modelo conceptual para enfermería

Concepto de modelo:

El modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad.

Clasificación:

1.- Modelos Empíricos:

Son una representación de la realidad, (ej. Corazón de plástico).

2.- Modelos Teóricos:

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

3.- Modelo de enfermería:

Es un conjunto de conceptos, ideas enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Generalmente se admite que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

---

<sup>27</sup> García, Op. Cit. Pag. 48

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a estos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

No obstante que, algunos modelos de enfermería son conocidos y llevados a la práctica, desde hace varias décadas, no se les identificaba con esa categoría.

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidad bio-psico- social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que se desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de la salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, elegir, decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo modificando su comportamiento y ambiente.

Esta claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de enfermería por parte de las enfermeras clínicas, las compromete a desarrollar su trabajo en una forma más profesional.

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.<sup>28</sup>

#### **4.1.18. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nació en 1897, desarrolló su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años '60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harper, "Tratado de Enfermería Teórico y Práctico".

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión como un arte y ciencia.

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

Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y

---

<sup>28</sup> Ibidem pag. 24

prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba la satisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

V. HENDERSON trabaja exclusivamente con el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría aparecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aún cuando la repercusión- positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.<sup>29</sup>

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

SUPUESTOS:

---

<sup>29</sup> Carmen Fernández Ferrin; Gloria Novel Martí. Op. Cit. Págs. 1-10.

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, de la cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cuando el individuo parecía en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado de saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas”.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”.

a) Valores:

“La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica, según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la enfermera desempeña el papel del médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”.

La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera de este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

b) Concepto de Enfermería:

La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la

enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de enfermería.

**c) Necesidades básicas del paciente:**

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Mover y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- A prender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.<sup>30</sup>

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipará con la satisfacción por uno/a, mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las catorce necesidades básicas. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

Falta de fuerza.

Falta de conocimiento.

Falta de voluntad.

**INDEPENDENCIA**

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

---

<sup>30</sup> Ibidem. Pag. 523.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos. Socioculturales y espirituales.

### **DEPENDENCIA**

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

### **LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.**

Son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.<sup>31</sup>

## **ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.**

### **CUIDADOS BÁSICOS.**

Son acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona, Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella "en la planificación y ejecución de

---

<sup>31</sup> Fernández Ferrin Carmen: Gloria Novel Martí Op. Cit. 1993. Págs. 4-10.

un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento a la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

**ENTORNO.**

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

#### **4.1.18.1. Aplicación del Modelo de V. Henderson.**

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las etapas de **VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- -Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- -La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

**Fijar prioridades.**

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer término, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.

El estado general de salud del cliente.  
La presencia de problemas potenciales.

### **Fijar objetivos.**

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

### **Objetivo general.**

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.<sup>32</sup>

2.- En las etapas de **PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo- siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación.

### **Determinación de las actividades.**

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modelo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la suplencia o a la ayuda, total o parcial es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o familia.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos que le faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia

---

<sup>32</sup> Ibidem. Págs. 42-43.

mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más pronto posible.<sup>33</sup>

## **5. HISTORIA CLINICA**

### **5.1 HISTORIA CLINICA MÉDICA**

Fecha: 18-12-07  
Nombre: G. M. F.  
Sexo: Femenino  
Edad: 24 años  
Estado civil: Casada  
Religión: Católica  
Escolaridad: 1 ° de Secundaria  
Ocupación: Hogar.

### **VALORACION DE INGRESO HOSPITALARIO**

PA Se trata de Paciente femenina adulto joven, primigesta, con embarazo de 41 SDG + DCP + Preeclampsia Leve, por lo que se prepara para cesárea.

AHF Esposo aparentemente sano  
Madre diabética.  
Padre aparentemente sano.

APNP Reside en Lázaro Cárdenas N° 27 Col. Los Presidentes Tlaquiltenango, habita en casa propia con todos los servicios, zoonosis negativa, hábitos higiénicos: baño diario y cambio de ropa, aseo general de casa diariamente.

AGO a los 14 años, ritmo regular con duraron de 3 días, IVSA a los 16 años, G-I, P-0, A-0, FUM: 4 -03-07.

APP Alérgicos y transfusiones negados, varicela en su infancia, alcoholismo y tabaquismo negados.

SV Peso anterior\_ 63 kg, peso actual: 75 kg Talla 1.64\_FC: 80 por minuto; FR: 20 por minuto, Temp. 36.5 °C y T/A 90/60.

EF. Paciente conciente, orientada en tiempo y espacio con palidez de tegumentos campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, senos sensibles y turgentes, pezones normales con poca producción de leche,

---

<sup>33</sup> Ibidem. Págs. 42-43.

abdomen a expensas de útero gestante con PUV, FU 32cm, situación longitudinal, dorso a la izquierda, en presentación cefálica, con FCF 146 x', movimientos fetales, actividad uterina irregular, edema (++) en miembros pélvicos.

## 5.2. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G.M.F. Sexo: Femenino Edad: 24 años Peso: 75 kg Talla: 1.64 cm.  
Ocupación: Hogar Escolaridad: 1° de secundaria. Procedencia: Domicilio  
Fecha de admisión: 18-12-07 Hora: 12:30 Fuente: Paciente

### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

#### NECESIDADES BÁSICAS

##### 1. OXIGENACIÓN

#### Subjetivo:

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

SI

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI \_\_\_\_\_ NO X

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarros al día? 1 a 5 \_\_\_\_\_ 6 a 10 \_\_\_\_\_

11 a 20 \_\_\_\_\_ + de 20 \_\_\_\_\_

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI \_\_\_\_\_ NO X

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre \_\_\_\_\_ Ocasionalemente X Nunca \_\_\_\_\_

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su estancia

en el hospital? SI \_\_\_\_\_ NO X

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

#### Objetivo

Registro de signos vitales:

Frec. Resp. 20x' FREQ. Cardiaca 80x' T.A. 90/60

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de la piel/ lechos ungueales/ peribucal: Ligeramente pálidos

Circulación de retorno venoso: Adecuado

## 2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

### Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3

¿Come a horas regulares? SI X NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI precise: 9 am 15:30 pm 22 pm

¿Sigue usted una dieta especial? SI \_\_\_\_\_ NO X

¿De que tipo? \_\_\_\_\_

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? \_\_\_\_\_ NO

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? \_\_\_\_\_ NO

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? 1 Litro

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI \_\_\_\_\_ NO X

Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Sabe que tipo de dieta debe llevar para favorecer la lactancia? NO

¿Qué cantidad de líquidos? NO

### Dieta Habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/ 3er Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche		X			
Carne		X			
Pescado				X	
Huevo	X				
Fruta		X			
Verdura			X		
Legumbres	X				
Cereales		X			
Pan		X			
Tortilla	X				
Chatarra	X				

### Objetivo:

¿Turgencia de la piel? \_\_\_\_\_ NO

Membranas mucosas: Hidratadas X Secas \_\_\_\_\_

Características de:

Uñas Normales

Cabello: De acuerdo a su edad

Funcionamiento muscular y esquelético: Aceptable

Aspecto de los dientes: Limpios sin caries  
Aspecto de encías: Sin inflamación  
Heridas: Tipo no refiere Localización

### 3. ELIMINACIÓN

#### Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal   
Estreñimiento X Diarrea frecuente:   
¿Toma usted algún laxante? SI  NO X  
¿Cuál?   
Orina: Normal  Con dolor X  
Menstruación frecuencia regular Duración 3 días  
Historia de hemorragias: NO  
¿El estrés le ocasiona diarrea? SI  NO X  
¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante? SI X NO   
¿Por secreciones vaginales? SI X NO   
¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio? SI  NO X  
¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado? SI  NO X

#### Objetivo:

Abdomen: características: Blando depresible, Herida quirúrgica limpia  
Involución uterina: Presente Altura del fondo uterino: a nivel umbilical  
Ruidos intestinales: Presentes  
Palpación globo vesical:   
Genitales: Con escaso sangrado transvaginal

### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

#### Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física practica?  
Correr X Aeróbicos  Bicicleta   
Actividad en su tiempo libre: Leer  
¿Da algún paseo fuera de su casa? SI X NO   
¿Practica ejercicios prenatales? SI  NO X  
¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?  
SI  NO X  
¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?  
SI  NO X

## Objetivo:

Estado del sistema esquelético/fuerza: Aceptable  
Posturas: Cualquiera Ayuda para deambular: NO  
Dolor con el movimiento: SI  
Estado emocional: Tranquila

## 5. DESCANSO Y SUEÑO

### Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI X NO \_\_\_\_\_  
Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de descanso 5 A 7 pm  
¿Padece insomnio? SI  
¿A que considera que se debe? Al dolor por la herida quirúrgica  
¿Siente cansancio al levantarse? Un poco  
¿En qué forma se manifiesta? Flojera  
¿Utiliza técnicas de relajación? No  
¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto?  
Esposo  
¿Por cuánto tiempo? 15 días  
¿En qué actividades le ayudará? A vestirlo y dormirlo  
¿Quién se levantará por las noches a cuidar el bebé? Los dos

### Objetivo

Estado: Ansiedad \_\_\_\_\_ Estrés \_\_\_\_\_  
Lenguaje: Claro X Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

## 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADO

### Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? NO  
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? NO  
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? NO  
El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: X  
Calcetas \_\_\_\_\_ Abrigo \_\_\_\_\_  
¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?  
Usar ropa cómoda y limpia

### Objetivo





## 10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

### Subjetivo:

Estado civil: Casada Años de relación 3  
Vive con: Esposo  
Preocupaciones actuales: Ser una buena madre  
Rol en la estructura familiar: Esposa  
¿Desde cuando vive en su actual domicilio? Hace un año  
¿Existen buenas relaciones en su localidad? SI  
¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? SI  
¿Cuánto tiempo pasa sola? Muy poco

### Objetivo:

Habla claro: SI X NO \_\_\_\_\_  
¿Ve usted bien? Si X NO \_\_\_\_\_  
¿Lleva usted lentes de contacto? SI \_\_\_\_\_ NO X  
¿Escucha bien? SI X NO \_\_\_\_\_  
¿Utiliza aparato auditivo? SI \_\_\_\_\_ NO X

## 11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

### Subjetivo:

Tipo de religión: Católica  
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO  
Principales valores en su familia: El respeto  
Principales valores en su persona: La honestidad  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? SI

### Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): NO  
¿Permite el contacto físico? SI  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?  
La imagen de la virgen de Guadalupe

## 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

### Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI \_\_\_\_\_ NO X  
Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
Riesgos: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? \_\_\_\_\_  
¿Esta satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_  
¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? SI X NO \_\_\_\_\_ Porqué? : \_\_\_\_\_  
¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? SI

**Objetivo:**

Estado emocional: Tranquilo, Ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico:

Ansioso  
Otros: Feliz

**13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

**Subjetivo:**

Actividades que realiza en su tiempo libre: Tejer, ver televisión  
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? NO  
¿Existen recursos recreativos en su comunidad? SI  
¿De que tipo? Deportivas  
¿Forma parte de alguna sociedad?  
Deportiva: \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_  
¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos?: Leer

**Objetivo:**

Integridad neuromuscular: SI  
¿Rechaza las actividades recreativas? No  
Su estado de ánimo es: Apático \_\_\_\_\_ Aburrido \_\_\_\_\_ Participativo X

**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**Subjetivo:**

Nivel de educación: 1º de Secundaria  
Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: NO

Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias para leer y/o escribir: Novelas,

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo ? NO

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? SI

Otros: \_\_\_\_\_

### **Objetivo:**

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: Tranquila, Feliz

Memoria reciente: Alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: Ninguna

## **VALORACION DEL RN**

Nombre: R/N M.F.

Edad gestacional: 41 SDG.

Sexo: Masculino

Servicio: Ginecobstetricia.

Fecha: 18 de Diciembre del 2007

Signos Vitales:

F.C.-146x´

FR -50x´

TEMP-36.5°C

A las 14:10 nace R/N M.F. producto único vivo de término, el cual nace por vía abdominal de sexo masculino, que llora y respira al nacer con un apgar de 8/9, con buena coloración de piel, se aspiran secreciones, se le realizan los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido, se observa , llanto fuerte, reactivo, con estornudo fuerte, posterior a la aspiración con perilla: se ausculta F.C.F de 146 X´, una respiración de 50X´ y temperatura de 36.5 °C, miembros inferiores flexionados con resistencia. Se continúa brindando los cuidados de recién nacido.

A la exploración física , se encuentran las dos fontanelas de tamaño normal, cuello sin alteraciones, en tórax campos pulmonares bien ventilados, latidos cardiacos rítmicos y regulares, abdomen blando, depresible, con peristalsis presente, muñón umbilical con tres vasos sanguíneos, cordón grueso, genitales no desciende el prepucio, testículos descendidos, bolsas escrotales con rugosidades.

## 6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

En el plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería:

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA</b>
Nutrición e hidratación	-Déficit de volumen de líquidos relacionado a la poca ingesta de agua, manifestado por la disminución de la diuresis y poca producción de leche. -Lactancia materna ineficaz relacionado a la poca producción de leche manifestado por llanto del RN.
Eliminación	-Alto riesgo de estreñimiento en relación a la poca ingesta de líquidos y actividad física disminuida.
Problema Interdependiente	-Cistitis relacionada a la retirada de la sonda vesical.
Movimiento corporal	-Alteración de la postura y posición relacionado al dolor de la herida quirúrgica, manifestado por la necesidad de ayuda para deambular.
Descanso y sueño	-Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.
Higiene y protección de la piel	-Alto riesgo de infección en relación a la herida quirúrgica.

Peligro	-Dolor relacionado con herida quirúrgica manifestado por palidez de tegumentos y expresión verbal de la paciente. -Disminución del volumen sanguíneo relacionado con operación quirúrgica manifestado por disminución de la presión arterial 90/60.
Percepción de la salud cuidado de la salud.	Alteración en el mantenimiento de la salud en relación con falta de conocimiento sobre el cuidado prenatal.

## 7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

### DX. DE ENFERMERÍA:

- ✓ -Déficit de volumen de líquidos relacionado a la poca ingesta de agua, manifestado por la disminución de la diuresis y poca producción de leche.
- ✓ -Lactancia materna ineficaz relacionado a la poca producción de leche manifestado por llanto del RN.

### OBJETIVO:

- ✓ Lograr que la Sra. Gabriela aumente la ingesta de líquidos hasta de 2 a 3 litros en 24 horas.
- ✓ Mejorar la cantidad de producción láctea en la Sra. Gabriela.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
------------------------------	---------------------------	------------

<p>Explicar a la Sra. Gabriela la importancia de la ingesta de líquidos durante la lactancia materna.</p> <p>Proporcionar líquidos a libre demanda.</p> <p>Pedirle que incremente de 2000 lts. Diariamente para aumentar la producción de leche.</p> <p>Orientarla a que evite el consumir tabaco, cafeína y alcohol. Explicar la importancia de consumir frutas y verduras.</p>	<p>El aumento de la ingesta de líquidos incrementa la producción de leche.</p> <p>Durante la lactancia la dieta de la madre necesita un ingreso calórico adicional de 800-100cal. Al día.</p> <p>Dichas sustancias producen un daño neurológico en el RN. El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de la salud.</p>	<p>La Sra. Gabriela aumentó la ingesta de líquidos a 2.5 lts en 24 horas.</p> <p>Presentó 2 micciones por turno.</p> <p>Se incrementó la producción láctea en la Sra. Gabriela</p>
--	---	--

**NECESIDAD:** Eliminación

**DX DE ENFERMERÍA:**

- ✓ Alto riesgo de estreñimiento en relación a la poca ingesta de líquidos y actividad física disminuida.

**OBJETIVO:**

- ✓ La Sra. Gabriela no presentará estreñimiento y mostrará un patrón regular de eliminación intestinal.
- ✓ Presentará evacuaciones de una vez al día y sin esfuerzo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
------------------------------	---------------------------	------------

Fomentar la suficiente ingesta de líquidos explicando su importancia.	Si no se ingiere líquidos el bolo fecal disminuye.	Presentó evacuaciones regulares sin molestias.
Explicar que debe deambular progresivamente a tolerancia.	El ejercicio ayuda y mejora la circulación y estimula el peristaltismo intestinal.	Incrementó su actividad física con un tiempo de 30 min. Por turno.
Enseñar ejercicios para fortalecer la musculatura abdominal.	La flexión de los músculos sobre el abdomen facilita la expulsión de las heces.	
Recomendar a la Sra. Gabriela cereales, uvas, naranjas, piña, verduras, pan integral.	Los alimentos ricos en fibra ayudan a formar el bolo fecal, permitiendo una mejor eliminación intestinal.	

**PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:**

- ✓ Cistitis relacionada a la retirada de la sonda vesical.

**OBJETIVO:**

- ✓ Lograr que la Sra. Gabriela disminuya las molestias al miccionar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
------------------------------	---------------------------	------------

Tratamiento a base de analgésicos y antibióticos por indicación médica, así como aseo de genitales.	Los antibióticos y antisépticos son sustancias producidas por diversas especies de microorganismos que suprimen la proliferación de otros gérmenes y al final pueden destruirlos.	Logró miccionar 2 veces por turno sin presencia de molestias.
Recomendar la ingesta de líquidos de 2 a 3 litros diariamente.	Cuando no hay suficiente agua para que se forme la orina las sustancias tóxicas formadas en el organismo no se pueden eliminar de una manera adecuada y provocan trastornos de diversa índole.	
Colocar fomentos de agua fría sobre abdomen.	Disminuye las molestias de ardor.	

**NECESIDAD:** Movimiento corporal.

**DX DE ENFERMERÍA:**

- ✓ Alteración de la postura y posición relacionado al dolor de la herida quirúrgica, manifestado por la necesidad de ayuda para deambular.

**OBJETIVO**

- ✓ Favorecer la deambulación mediante apoyo a la Sra. Gabriela.
- ✓ Reducir el dolor para mejorar cambios de posición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
------------------------------	---------------------------	------------

<p>Emplear cambios de posición constantes.</p> <p>Brindar ayuda en la deambulacion y sugerir a los familiares apoyen a la Sra. Gabriela en la deambulacion en pasillos o al sanitario</p>	<p>Los ejercicios aceleran la recuperacion de la funcion muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo.</p>	<p>Se corrigieron posiciones, favoreciendo la deambulacion.</p> <p>Se sugirió posición libre para disminuir el dolor, el cual disminuyó.</p>
---	---	--

**NECESIDAD:** Descanso y sueño

**DX DE ENFERMERÍA:**

- ✓ Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.

**OBJETIVO:**

- ✓ Favorecer cambios de posiciones que disminuyan el dolor.
- ✓ Lograr disminuir el dolor y la Sra. Pueda dormir y descansar adecuadamente.
- ✓ Orientar sobre técnicas de relajación que permitan el descanso a través del sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Reducir mayor ruido posible para favorecer el descanso y sueño.</p> <p>Administración de analgésicos bajo prescripción médica.</p> <p>Recomendar el cambio de posición que disminuya el dolor y favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Emplear técnicas simples de relajación.</p> <p>-Frotamiento de la espalda antes de acostarse.</p>	<p>EL conciliar el sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental y disminuye la angustia y ansiedad.</p>	<p>Se logró disminuir el dolor mediante los cambios de posición favoreciendo el descanso y sueño.</p> <p>Se oriento a la Sra. Gabriela y a familiares sobre técnicas para conciliar el sueño.</p>

<p>-Momentos de tranquilidad antes de acostarse como leer o ver televisión. Ayudar a preparar la cama y almohada para dormir y descansar.</p>		
---	--	--

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel.

**DX. DE ENFERMERÍA:**

- ✓ Alto riesgo de infección en relación a la herida quirúrgica.

**OBJETIVO:**

- ✓ Conservar en buenas condiciones la herida quirúrgica para evitar procesos infecciosos.
- ✓ Brindar confort y descanso a la Sra. Gabriela mediante el aseo personal.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN IDENTIFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Orientar sobre los signos y síntomas de infección que se pudieran presentar.</p> <p>Explicar a la Sra. Gabriela la importancia de terminar el tratamiento farmacológico.</p> <p>Fomentar el baño diario con jabón neutro y Realizar curación de la herida quirúrgica.</p>	<p>Los signos y síntomas que indican infección específica, varían de acuerdo con los tejidos que son invadidos por los microorganismos específicos y de acuerdo con la respuesta inflamatoria del organismo al agente nocivo.</p> <p>Para alcanzar el tratamiento es importante utilizar formas de dosificación que resulten prácticas. Los antibióticos deben ser tomados a intervalos regulares y durante un cierto periodo. Los jabones neutros, lociones y antisépticos son útiles para prevenir la</p>	<p>Se conserva en buenas condiciones la herida quirúrgica, sin presentar signos de infección.</p> <p>Refiere no tener dudas sobre como llevara a cabo el tratamiento en su domicilio.</p> <p>Se brinda confort y descanso a la Sra. Gabriela durante la estancia hospitalaria en el servicio de</p>

	sequedad y el agrietamiento de la piel.	gineco-obstetricia.
--	---	---------------------

**NECESIDAD:** Peligro

**DX. DE ENFERMERÍA:**

- Dolor relacionado con herida quirúrgica manifestado por palidez de tegumentos y expresión verbal de la paciente.
- Disminución del volumen sanguíneo relacionado con operación quirúrgica manifestado por disminución de la presión arterial 90/60.

**OBJETIVO:**

- Disminución o alivio del dolor relacionado con la herida quirúrgica a niveles tolerables.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Iniciar medidas de alivio al dolor como técnicas de relajación.</p> <p>Proporcionar posiciones cómodas, las cuales disminuyan el dolor.</p> <p>Evitar esfuerzos innecesarios.</p> <p>Aplicación de analgésicos prescrito por indicación médica que alivien el dolor.</p>	<p>A menor atención del dolor menor agudeza del mismo. A mayor grado de relajación menor dolor y mayor oxigenación de los tejidos.</p> <p>Los cambios de posición favorecen la sensación de bienestar.</p> <p>La maceración de los tejidos provoca dolor, por las terminaciones nerviosas. Las neuronas son las encargadas de transmitir las sensaciones a los nucleolos cerebrales.</p>	<p>La Sra. Gabriela refiere que disminuyó el umbral del dolor.</p> <p>Se observaron cambios de posición constantes.</p> <p>La presión sanguínea se elevó a 120/80 mm/hg posterior a la administración de analgésicos en el servicio de gineco-obstetricia.</p>

## 8. PLAN DE ALTA

En la actualidad, lo más recomendable es que el alta hospitalaria de la paciente poscesárea se extienda a las 72 horas aunque hay instituciones, en la cuales, si todo está bien, la estancia hospitalaria es más breve.

Comprende todas aquellas indicaciones, recomendaciones que deberá tomar la paciente a su egreso hospitalario.

La Orientación sobre su tratamiento farmacológico que le proporciona el médico.

La Orientación sobre hábitos higiénico- dietéticas y cuidados de la herida quirúrgica, información acerca de la deambulaciòn, la cual favorece el proceso de cicatrizaciòn.

Se le informa sobre su retiro de puntos, fecha de la próxima cita y trámites a seguir en la consulta externa, se le entregan solicitudes de laboratorio, rayos X o estudios posteriores.

De todas maneras cuando la paciente se va a su casa, es conveniente darle recomendaciones; acerca de su alimentación, baño, de sus aseos genitales, relaciones sexuales e instruirle a cerca de los signos de alerta en el puerperio.

### SIGNOS DE ALERTA:

Fiebre mayor de 38.5°C

Loquios fétidos.

Loquios abundantes o aumento de los mismos.

Dolor abdominal o lumbar intenso.

Ardor al orinar o micciones frecuentes y muy escasas.

Dolor y enrojecimiento a nivel de los senos.

Secreción o dolor por la herida quirúrgica.

Depresión severa o que dure más de 48 horas.

### RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS

Se recomienda a la puérpera ejercicio físico (paseos), alimentación equilibrada (sobre todo ingesta de líquidos: leche); en cuanto al aseo, se recomienda baño bajo regadera y los aseos genitales locales, deben ser solo externos utilizando una solución antiséptica débil; relaciones sexuales después del primer mes.

Se valoran también:

- Congestión de mamas.
- Grietas del pezón: dolor, enrojecimiento, etc. Se aconseja limpieza de las mamas con agua (puede servir la ducha diaria) y aplicación de gotas de leche materna en las grietas ya que ésta posee gran cantidad de inmunoglobulinas y linfocitos que favorecen la cicatrización.
- Loquios: son secreciones uterinas blanquecinas que aparecen hacia el 10º día y suelen durar unas dos semanas. Se les advierte que si se produce un aumento en la eliminación o cambio de color, o de olor, deberán acudir al servicio de ginecología. También se les advierte que un aumento en la expulsión de los loquios es normal durante el momento de lactar debido a la liberación de oxitocina lo que contribuye a la buena involución uterina.
- Entuertos: son contracciones uterinas en los primeros días del puerperio. Se les advierte que son normales y que irán desapareciendo, pero que pueden aumentar con el amamantamiento, ya que éste estimula las contracciones uterinas porque se produce la liberación de oxitocina.
- Hemorragias: cuantificar lo que es una pérdida normal de sangre es muy difícil, si bien se les aconseja que ante pérdidas abundantes acudan al servicio de ginecología.
- Como en los casos anteriores se advierte que en el momento de la succión (toma de pecho) se puede producir un ligero aumento en la pérdida de sangre debido a las contracciones uterinas.

### **Recomendaciones para el recién nacido**

**BAÑO Y ASEO-** El baño se puede realizar a cualquier hora del día, aunque aconsejamos hacerlo antes de la última toma de la tarde-noche, para que el niño se relaje y luego duerma mejor. Si el cordón umbilical no se ha desprendido, es aconsejable no sumergir al recién nacido en el agua, sino asearle por partes. La temperatura del agua a 36–38º medida con termómetro o bien tocando el agua con el codo. Sujetar siempre al niño por detrás del cuello, sosteniendo la cabeza fuera del agua, apoyada entre la mano y el brazo. Se lavará la cabeza una o dos veces por semana, haciendo hincapié en el aseo de pliegues cutáneos (axilares, cuello, ingles) y área del pañal. Utilizar el jabón adecuado (PH neutro) y secar muy bien al bebé sin friccionar. Se aconseja la limpieza cada vez que haga sus necesidades. No es necesario el uso de cremas ni colonias después del baño y no es necesario cortar el pelo ni las uñas hasta pasado un mes.

**CORDÓN UMBILICAL.** El cordón umbilical puede ser una vía de entrada para cualquier germen, produciendo infecciones importantes, por ello en la VDRNP

se aconseja la limpieza dos o tres veces al día con una gasa estéril empapada en alcohol de 70º, procurando con ella envolver el cordón. No se recomienda el uso de compuestos yodados ni mercuriales y sí vigilancia de cambios de color o de emisión de olores.

**LACTANCIA MATERNA** .Hoy día, a pesar de existir leches que pueden sustituir o complementar a la leche materna, sigue siendo ésta el alimento fundamental del recién nacido y lactante, no sólo por sus peculiaridades (conjunción madre-hijo), sino también por sus inherentes beneficios y cualidades (alimento equilibrado, transferencia de inmunoglobulinas, fácil de obtener, siempre a la misma temperatura, más barata, es la menos alérgica, etc.), por ello se hace necesario no sólo el consejo postnatal, sino también el consejo prenatal a la madre embarazada.

## **INDICACIONES PARA EL USO DEL DIU**

La inserción del diu esta indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en los siguientes circunstancias:

- ANTES DEL PRIMER EMBARAZO.
- EN EL INTERVALO INTERGENESICO.
- EN EL POSPARTO, TRANS Y POSCESAREA, CON O SIN LACTANCIA.
- EN EL POSABORTO.

## **RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS**

LAS REVISIONES SUBSECUENTES DEBEN PROGRAMARSE, LA PRIMERA ENTRE LA CUARTA Y LA SEXTA SEMANAS POSTERIORES A LA INSERCION. SI LA APLICACION SE REALIZO DESPUES DE UN EVENTO OBSTETRICO SE RECORTARAN LOS HILOS DEL DIU A UNA DISTANCIA DE DOS CENTIMETROS POR FUERA DEL ORIFICIO EXTERNO DEL CERVIX, EN CASO NECESARIO. LA SEGUNDA REVISION SE DEBE EFECTUAR A LOS SEIS MESES A PARTIR DE LA INSERCION Y POSTERIORMENTE CADA AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE APLICACION DEL DIU O CUANDO LA USUARIA LO ESTIME NECESARIO. EN CADA VISITA CLINICA DEBE VERIFICARSE LA POSICION CORRECTA DEL DIU MEDIANTE LA VISUALIZACION DE LOS HILOS GUIA, INVESTIGAR LA PRESENCIA DE EFECTOS COLATERALES, DESCARTAR LA PRESENCIA DE EMBARAZO Y DETECTAR LA EXISTENCIA DE INFECCIONES CERVICO - VAGINALES. EN CASO DE EMBARAZO, SI LOS HILOS SON VISIBLES, SE RETIRARA EL DIU. SI LOS HILOS NO SON VISIBLES NO SE DEBE INTENTAR EL RETIRO DEL DISPOSITIVO.

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, EN LA VISITA ANUAL SE DEBE EFECTUAR TOMA DE MUESTRA PARA CITOLOGIA CERVICO - VAGINAL (PAPANICOLAOU).

## 9. CONCLUSIONES

El uso del proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece, y la razón principal para el uso de este método es que se evidencia un mayor grado de interacción entre el enfermero y el usuario.

El puerperio es un periodo o situaciones vitales no solo decisivas para el desarrollo del nuevo ser sino también para la estructuración de la vinculación entre la madre y el hijo. Estos procesos obligan a una situación de readaptación psicológica ante una nueva etapa, donde se ha producido un cambio en la situación personal y familiar.

De acuerdo al objetivo General

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson a una paciente con poscesárea mas RN masculino + Diu del servicio de Gineco-obstetricia del hospital Juárez de México, en el turno matutino en diciembre del 2007.

En cuanto a los objetivos Específicos:

- ☺ Se integraron conocimientos sobre el puerperio fisiológico.
  
- ☺ Se integraron conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.
  
- ☺ Se Identificaron las necesidades y respuestas humanas de la paciente ante la situación de salud mediante la valoración del modelo de Virginia Henderson.
  
- ☺ Se fomentó en la Sra. Gabriela la independencia en la satisfacción de necesidades.
  
- ☺ Se llevó a cabo la Planeación, ejecución y evaluación del plan de cuidados.
  
- ☺ Proporcionar un cuidado integral y específico a la paciente basado en los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

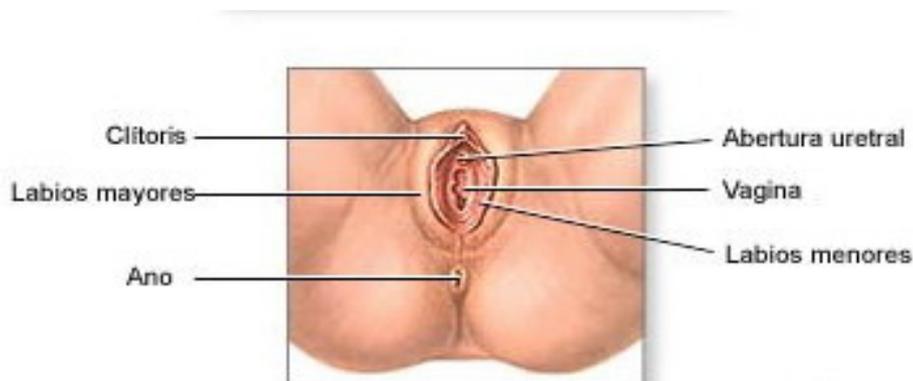
## 10. ANEXOS

### 10.1. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos genitales internos forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos, y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto, y acaba en el canal cervical (vagina), que permite el alumbramiento de un bebé completamente desarrollado. El espermatozoides puede recorrer todo el aparato en dirección ascendente hacia los ovarios y los óvulos en sentido contrario.

#### 10.1.1. ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Los genitales de la mujer se agrupan para su estudio en externos -los que podemos ver a simple vista- e internos -se encuentran escondidos en el cuerpo-. Estos últimos comprenden la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. A los genitales externos femeninos, que trataremos en este capítulo, se les da globalmente el nombre de vulva.



#### 10.1.2. ORGANOS GENITALES INTERNOS.

**OVARIO** Son dos estructuras con forma ovalada (forma de almendra, pero dos veces más grandes), de color blanco rosado. Se sitúan a ambos lados del útero. Los ovarios femeninos son homólogos a los testículos masculinos. Durante el período que precede a la primera menstruación o menarquía, alcanzan su máximo volumen y se reducen al mínimo después de la menopausia, aunque aumentan ligeramente durante el período y el embarazo.

Función : Los ovarios no son considerados como "glándulas", ya que su misión es almacenar los óvulos desde el momento del nacimiento y permitir que se transformen en óvulos maduros durante la ovulación, considerándose que deben existir al menos unos 36.000 durante toda la vida reproductiva, aunque solamente unos pocos alcanzarán la madurez y llegarán a separarse del ovario.

Durante la vida fértil de la mujer, es decir desde la menarquia a la menopausia, cada ovario desarrolla un óvulo alternadamente en ciclos (ovulación) de aproximadamente 28 días, momento en el cual lo libera.

Entre los ovarios y el útero se encuentran unos conductos denominados trompas de Falopio, con un grosor de apenas 2 milímetros, y cuya mucosa está formada por células dotadas de cilios, lo cual le confiere propiedades móviles, lo que es decisivo para que el óvulo maduro pueda llegar al útero.

Por tanto, los óvulos tienen que atravesar un pequeño espacio para entrar en las trompas de Falopio y dirigirse gradualmente hacia el útero donde, si es fecundado por un espermatozoide se implantará, se convertirá en cigoto y posteriormente en embrión, dando lugar al embarazo.

Ocasionalmente, un huevo fertilizado puede quedarse en una de las trompas de Falopio, lo que da lugar a un embarazo ectópico, resultante muy peligroso, tanto para la mujer como para el posible feto, ya que cada trompa es muy estrecha.

Las **trompas de Falopio, tubas uterinas** u **oviductos** son conductos musculares que conectan los ovarios y el útero ó matriz, en las hembras de los mamíferos. El origen del nombre deriva en honor a su descubridor, el anatomista italiano Gabriele Falloppio.<sup>1</sup> En esta estructura ocurre la fecundación del óvulo, posterior a su fertilización estos conductos secretan nutrientes los cuales son aprovechados por el cigoto durante su camino al útero.

El **útero**, también denominado **matriz** o **seno materno**, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, extraperitoneal, situado en la pelvis mayor de la mujer, que cuando adopta la posición en anteversión se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio, aloja a la blástula, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación, que en la especie humana esta dura unos 280 días.

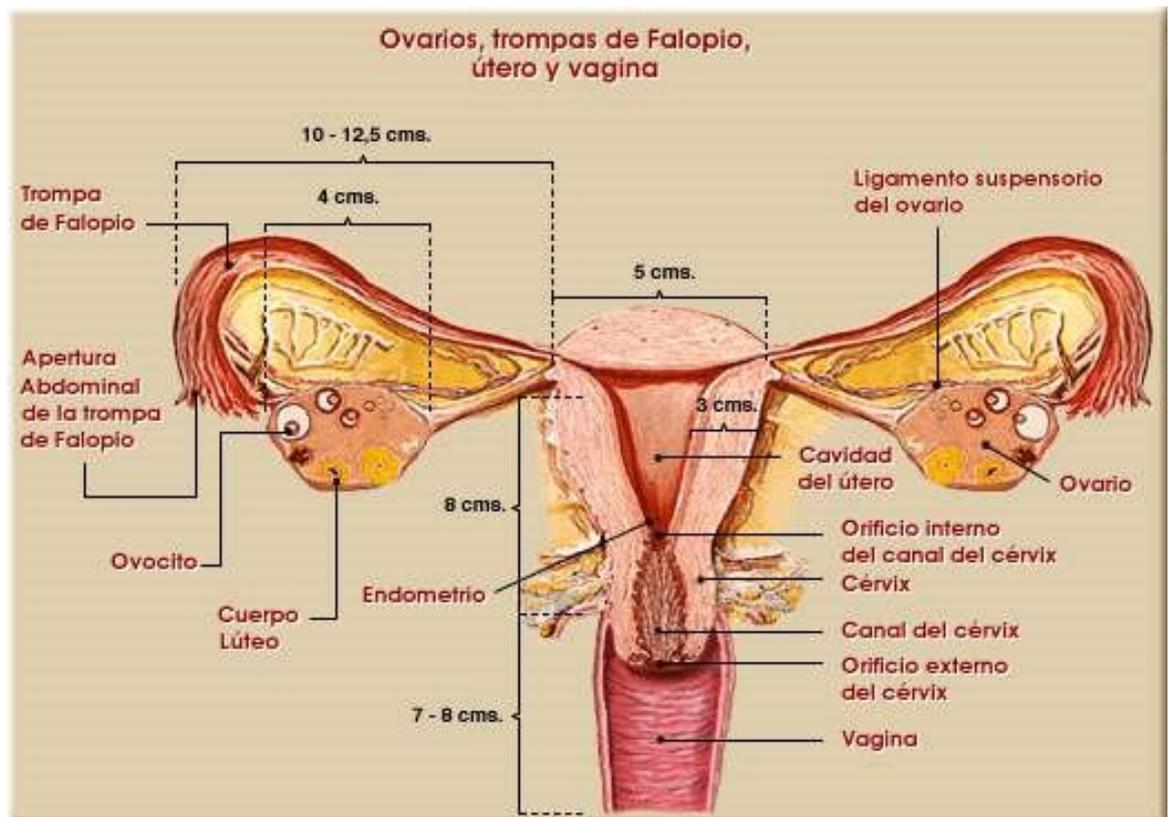
**La vagina** es una cavidad virtual, es decir, las paredes musculares de la vagina normalmente están "pegadas", dando un aspecto aplanado a la vagina, de

adelante a atrás, estando sus paredes en contacto la una con la otra en toda su extensión menos en sus extremidades.

La longitud de la vagina varía según razas y genotipos y va de 8 a 11 cm. Tiene en su cara anterior una longitud de 7 cm, mientras la posterior, que es la más larga, mide 9 cm. La vagina puede dilatarse y aumentar de tamaño y longitud, tres o cuatro centímetros más de lo normal. Su diámetro oscila mucho, con un promedio de 3 cm. Sólo existen terminaciones nerviosas en el tercio cercano a la abertura vaginal, los dos tercios restantes son relativamente insensibles. La vagina se lubrica por las glándulas de Bartholin cerca del introito vaginal y del cérvix.

### Funciones

- Sirve como canalización del flujo menstrual durante la menstruación.
- Permite la entrada del pene para el coito, por donde se introduce el espermatozoides para la fertilización de los óvulos de la mujer.
- Facilita el acto sexual por la lubricación de las secreciones de las glándulas de Bartholin.
- Permite la salida del feto y de la placenta del útero al final del período de gestación.



## 10.2. CESAREA:

### 10.2.1. Definición

La cesárea es una cirugía que se practica para extraer al bebé y a la placenta del útero materno, cuando por alguna razón el parto vaginal no es posible. Ocurre con bastante frecuencia, ya que 1 de cada 5 bebés nacen por cesárea. Intervención quirúrgica donde se extrae el feto del útero por vía abdominal a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina

### 10.2.2. TIPOS DE INCISIONES:

Incisión vertical. Media infraumbilical es la más rápida de hacer. La incisión clásica es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para el parto. Se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.

Incisión transversa. Incisión modificada de Pfannenstiel a nivel de la línea del

Félix Ramírez Alonso, cesárea e histerectomía; En : obstetricia para la enfermera profesional, manual moderno, primera edición , México, D.F. 2002. PÁGS. 399-411.

de sangre es menor y la reparación más rápida.

Incisión horizontal



Incisión vertical



ADAM.

### 10.2.3 Indicaciones fetales

- Anomalías del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.

- Patrón de ritmo cardíaco anormal en el feto.
- Posición anómala del feto dentro del útero, como cruzado (transverso) o con las nalgas primero (posición de nalgas).
- Múltiples bebés dentro del útero (trillizos y algunos embarazos de gemelos).
- Eritroblastosis fetal grave.
- Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto.
- Taquicardia o bradicardia fetales (el corazón late con excesiva o insuficiente rapidez).

#### **10.2.4. Indicaciones maternas**

- ❖ Útero demasiado pequeño, cicatrizado, o deforme
- ❖ Cirugías uterinas o cesáreas previas
- ❖ Gestación múltiple.

#### **10.2.5. Indicaciones Relativas al cérvix (cuello del útero)**

- ❖ El cérvix no dilata completamente
- ❖ Cérvix demasiado relajado (incompetencia cervical).
- ❖ Presencia de infección activa por herpes genital en la madre.

#### **10.2.6. Medidas Preoperatorias**

Las medidas preoperatorias incluyen:

- Valoración preanestésica
- Ayuno preoperatorio de 8 hrs. o más (cuando el caso lo permita)
- Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo
- Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible

#### **10.2.7. Técnica Quirúrgica.**

Para casos de emergencia, muchos médicos prefieren utilizar anestesia general para dormir a la paciente, debido a que se puede administrar rápidamente y hace efecto casi de inmediato. Cuando la cesárea es programada, el médico puede ordenar la anestesia regional (espinal o epidural), con la cual se insensibiliza únicamente la porción inferior del cuerpo

Se colocan campos laterales en la región a ser intervenida con guantes y gasas estériles y con solución isodine espuma se procede a realizar la asepsia de la

región, con movimientos circulares del centro a la periferia (de la cicatriz umbilical, abdomen, hasta tercio medio del muslo), se coloca sonda nelaton o Foley para vaciamiento vesical y se retiran campos laterales.

#### **INSTRUMENTISTA**

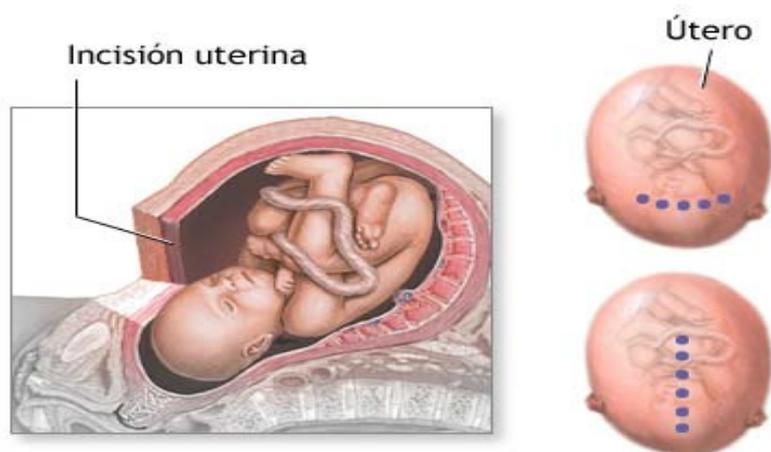
- Proporciona vaso con torundas de gasa impregnadas con isodine, solución y pinza forester.
- Proporciona sábana de pies, 4 campos sencillos, sábana hendida y 2 compresas, tubo de aspirador, cánula yankawer y pinza de campo.
- Pinza de disección con dientes
- 1er Bisturí N° 3 Con hoja N° 15
- 2º Bisturi N° 4 Con hoja N°20
- 2 pinzas Kelly
- Tijera de Metzembem curva
- Separadores de farabeuf
- 2 pinzas Nelly
- Compresa única húmeda

#### **CIRUJANO**

- Realiza la antisepsia.
  - Delimitación del área operatoria y fijación del tubo de aspiración a la sabana.
  - Prueba ausencia de sensibilidad
  - El cirujano realiza incisión del abdomen en forma transversal suprapúbico.
  - Profundización y disección de tejido celular subcutáneo
- Refiere bordes
- Prolonga incisión aponeurótica
  - Separa los músculos rectos anteriores del abdomen y los músculos piramidales.
  - Diseca músculo recto
  - Se aísla útero para evitar el paso de sangre y líquido amniótico al resto de cavidad y exponer la cara anterior del útero y rechazar intestino y

## epiplón

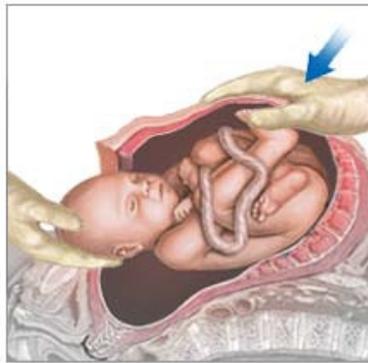
- Pinza de disección sin dientes y tijera Metzembraum curva
- Valva balford
- 2º Bisturí, pinza de disección con dientes, tijera metzembraum curva
- Levanta el peritoneo que cubre el segmento uterino y lo secciona con las tijeras en forma transversal.
- Se realiza tracción vesical
- Realiza una incisión transversal en útero El cirujano corta a través del saco del líquido amniótico que encierra al bebé y deja salir dicho líquido Al quedar expuesto el útero (matriz) se abre mediante otra incisión



ADAM.

- Cánula yankawer
- Se aspira continuamente el líquido amniótico, se retira la valva suprapúbica y el ayudante presiona firmemente sobre el abdomen superior de la paciente, mientras el cirujano toma la cabeza del niño y la rota hacia arriba, la cabeza se exterioriza a través de la herida. Se libera el líquido amniótico, luego se extrae el bebé.

## Cesárea



El cirujano introduce sus manos por la incisión abdominal y levanta la cabeza del bebé mientras el asistente presiona hacia abajo en la parte superior del útero

ADAM.

- Compresa seca y perilla  
El cirujano introduce ambas manos en el útero y levanta la cabeza del bebé. Un asistente presiona en la parte superior del útero de la madre para ayudar a guiar la salida del bebé. Después sacan al bebé, primero su cabeza y antes de sacar el resto de su cuerpo le aspiran secreciones de la nariz y boca de y aspiración de vías aéreas del niño, se extrae el resto del cuerpo y lo coloca sobre el abdomen de la madre. El nacimiento del bebé será a los 15 o 20 minutos de haber comenzado la cirugía.
- 2 pinzas Rochester  
Se colocan en el cordón umbilical transversalmente. El cirujano sujeta con pinzas
- Tijera metzembaum curva
  - Corta el cordón umbilical. Posteriormente el recién nacido (RN) se entrega al pediatra o enfermera en un campo limpio y seco al pediatra quien asegurará que respira adecuadamente y le realizará el test de Apgar (valoración del RN de 0 a 10) al minuto y a los 5 minutos.
- Riñón metálico y pinza  
El cirujano remueve la placenta y

forester

membranas con la mano y las extrae., completa la extracción de la placenta y membranas ovulares, revisa que todo este bien.

- 3 gasas secas libres extendidas
  - 4 pinzas de allis
  - Porta agujas de hegar con catgut crómico 1/0 y pinza de disección sin dientes
  - Tijera de mayo recta
  - Pinza de forester
  - La instrumentista y circulante realizan cuenta de gasas y compresa y se notifica al cirujano
  - Porta agujas de hegar con catgut crómico N° 0 y pinza de disección sin dientes.
- Revisión de cavidad uterina hasta tener la certeza de que o existen fragmentos de membranas y palpa fondo uterino.
  - Se toman los bordes de la insición uterina y los ángulos de la misma.
  - La insición uterina se sutura por capas peritonizando con surgete anclado para lograr una hemostasia correcta. y comienza a suturar todas las capas de tejidos que debieron ser cortados
  - Corte de cabos de sutura
  - Se extrae la compresa, limpia la sangre de la cavidad uterina, se revisa anexos anatómicos
  - Sutura peritoneo parietal así como músculo para afrontamiento con puntos

separados

- Tijera de mayo recta.
- 4 Pinzas Nelly
- Porta agujas de hegar con vicryl N° 1 y pinza de disección con dientes
- Tijera de mayo recta
- Separadores de farabeuf
- Porta agujas de hegar con catgut simple N° 2/0 y pinza de disección con dientes.
- Separadores de farabeuf
- Tijera de mayo recta
- Porta gujas de hegar con dermalón 3/0 y pinza de disección con dientes
- Tijera de mayo recta
- Gasa húmeda con agua o solución fisiológica.
- Gasa seca
- Gasa seca y micropore
- Compresa de esponjear con alcohol
- Vendaje abdominal
- Corte de material de sutura.
- Refiere aponeurosis
- Afrontación y sutura de aponeurosis con puntos separados.
- Corte de material de sutura.
- Separa piel y tejido celular subcutáneo.
- Afronta tejido celular.
- Separación de tejido
- Corte de material de sutura.
- Cierre de piel dando puntos separados.
- Corte de material de sutura
- Limpieza de la piel alrededor de la herida
- Se limpia la herida
- Cubre la herida quirúrgica y la fija con micropore
- Se realiza limpieza de impregnación de isodine alrededor de la herida.
- Se coloca vendaje abdominal para compresión de la herida quirúrgica.

El período normal de permanencia en el hospital después de un parto por cesárea es de 2 a 4 días y generalmente el médico anima a la madre a levantarse y moverse poco después de la cirugía para ayudar a la cicatrización y prevenir complicaciones. En las primeras semanas, la incisión abdominal presenta dolor y la cicatriz se aclarará a medida que vaya sanando.



ADAM.

### 10.2.8. Riesgos y Complicaciones

Las cesáreas se han vuelto procedimientos muy seguros. La tasa de complicaciones serias relacionadas con el parto por cesárea, como la muerte de la madre, es extremadamente baja.

Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal: para el bebé

- Anestesia: Algunos bebés se ven afectados por los medicamentos que se le administran a la madre para la anestesia durante la cirugía. Estos medicamentos adormecen a la mujer para que ella no sienta dolor. Pero también pueden ocasionar somnolencia o inactividad en el bebé.

Problemas respiratorios: Aunque nazcan a término, los bebés que nacen por una cesárea tienen más probabilidades de tener dificultades para respirar que los bebés que nacen por la vagina

Riesgos adicionales específicos de la cesárea son:

- Infección de la vejiga o el útero.
- Lesión del tracto urinario.
- Lesión del bebé.
- Infección en la incisión, el útero u otros órganos pélvicos cercanos
- Sangrado abundante que puede dar lugar a una transfusión de sangre
- Lesiones en la vejiga o intestinos
- Coágulos en las piernas, órganos pélvicos o pulmones
- Reacciones a los medicamentos o a la anestesia (medicamentos que la adormecen para no sentir el dolor)

### **10.2.9. Cuidados Posoperatorios**

Los cuidados postoperatorios consistirán en:

- Medición horaria de signos vitales, durante las primeras 4 hrs. y posteriormente cada 8 hrs. hasta el alta de la paciente
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs. y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical
- Administración de líquidos por vía oral después de 12 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda
- Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs. de postoperatorio
- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días

### **10.2.10. Complicaciones Del Puerperio**

#### ***HEMORRAGIA***

Es una de las causas de morbilidad y mortalidad maternas durante el puerperio y se considera que la pérdida de 500 ml o más de sangre representa hemorragia puerperal. El riesgo en mujeres que tuvieron lugar implantación o desarrollo anormal de la placenta, traumatismo innecesario, durante el trabajo de parto o el parto, como el uso de fórceps, cesárea, rotura uterina, atonía uterina vinculada con dilatación excesiva de éste órgano, fatiga del miometrio por virtud de parto prolongado o precipitado y el uso excesivo de oxitocina, anestesia general, volumen sanguíneo insuficiente (anemia).

#### ***INFECCION PUERPERAL***

Se presenta fiebre por arriba de 38.5 °C durante dos días seguidos en los primeros diez días del puerperio excluyéndose las primeras 24 horas, se presenta taquicardia, letargia, anorexia, secreciones o loquios de color desagradable hipotensión arterial. Los riesgos específicos de la infección son el shock séptico, la insuficiencia renal y la coagulación intravascular diseminada.

#### ***ENDOMETRITIS***

Es la forma más frecuente clínicamente se manifiesta hasta el 3er, 4to o 5to día del puerperio con fiebre, mal estado general, taquicardia escalofríos astenia y anorexia. El útero se aprecia subinvolucionando, blando y doloroso a la palpación y característicamente los loquios son achocolatados, seropurulentos, a veces con fragmentos de tejidos y tienen un olor fétido.

### ***PELVIPERITONITIS:***

El cuadro generalmente aparece en la segunda semana del puerperio y los casos mal tratados o resistentes a la terapéutica, suelen evolucionar hacia la formación de abscesos pélvicos o bien hacia la peritonitis generalizada.

## **10.3 FISILOGIA DEL PUERPERIO**

Puerperio: Periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la menstruación; su duración es de 6 a 8 semanas (cuarentena). Las primeras 24 horas se denomina puerperio inmediato. Posteriormente los siguientes 8 días se denomina como puerperio mediato o intermedio y del día 9 hasta los 40 días recibe el nombre de puerperio tardío.

### ***10.3.1 CAMBIOS EN EL APARATO REPRODUCTOR***

Involución del útero:

Doce horas después del parto el fondo es palpable a un centímetro por encima del ombligo. Si la madre amamanta a su hijo facilitará esta involución por la liberación de la oxitocina.

El útero sufre una rápida reducción de tamaño y peso de 1 Kg. inmediatamente después del nacimiento a 500 g durante la primera semana del puerperio y 100 g durante la segunda. La causa primordial de involución es la disminución súbita de estrógenos y progesterona que desencadena la liberación de enzimas proteolíticas al endometrio. Entre los factores que retrasan la involución uterina, parto prolongado, expulsión incompleta de la placenta y las membranas, anestesia, partos previos y una vejiga distendida (llena). Factores que fomentan la involución uterina: trabajo de parto no complicado, expulsión completa de la placenta y de las membranas, lactancia materna, deambulación temprana.

Después del parto, el cuello uterino es blando, a las 18 horas se ha acortado y ha retornado su forma.

Los loquios (flujo vaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos a tres días, su color va cambiando hasta volverse parduzco (loquios serosos), y después se vuelve amarillo blanquecino (loquios blancos) entre el sexto y séptimo día.

El suelo pélvico, los ligamentos uterinos, las paredes vaginales y la pared abdominal recuperan casi la totalidad de su tono durante el puerperio.

**CAMBIOS CERVICALES.** Después del parto el cuello es esponjoso, flácido en informe (sin forma definida)

**CAMBIOS VAGINALES:** La vagina suele estar edematosa, además se ve amoratada, aunque recupera su aspecto en pocos días, el himen se ha desgarrado por varios sitios. Estos desgarros se mantienen y cicatrizan denominándolos carúnculos mirtiformes. Los labios mayores y menores quedan flácidos. A la tercera semana del puerperio la vagina retoma su apariencia previa.

**RESTABLECIMIENTO DE LA OVULACION Y DE LA MENSTRUACION:** La menstruación reaparece en un plazo de 6 a 8 semanas en las mujeres que no amamantan y el 50 % de estas mujeres ovulan después del primer ciclo. En cambio en las mujeres que amamantan, la menstruación reaparece en un plazo de 12 semanas y el 80% de estas mujeres tiene uno o más ciclos anovulatorios.

**CAMBIOS ABDOMINALES:** El tono de los músculos abdominales mejorará en un plazo de 2-3 meses mediante ejercicios. La mejoría dependerá del estado físico de la madre, del número de embarazos y de la cantidad de ejercicios que efectúe. En las mujeres de parto vaginal, los ejercicios pueden comenzar inmediatamente después del parto, pero en las mujeres del parto por cesárea conviene esperar 2-3 semanas.

**CAMBIOS MAMARIOS:** La producción de leche (al principio calostro) se inicia el tercer día. Al principio ocurre ingurgitación, la estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto, al tiempo que aumentan de tamaño las mamas. La secreción de prolactina inicia la subida de leche, que también es estimulada por succión por parte del lactante, el amamantamiento continuo disminuirá la ingurgitación e incrementará la secreción de leche.

**CAMBIOS CARDIOVASCULARES:** En el puerperio ocurren impresionantes cambios maternos que afectan al sistema cardiovascular.

Puede haber pérdida importante de sangre durante el parto a causa del aumento del 40 % o de volumen sanguíneo circulante durante el embarazo. No son raras las pérdidas hasta de 500 ml en caso de parto vaginal y hasta de 700 a 100 ml en caso de cesárea.

Deben mantenerse dentro de límites normales la presión arterial y el pulso y la frecuencia respiratoria.

**CAMBIOS GASTROINTESTINALES:** El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana, debido a disminución de la motilidad del intestino, pérdida del líquido y malestar intestinal. El funcionamiento intestinal se normaliza hacia el final de la primera semana, conforme se incrementa el apetito y la ingesta de líquidos.

**CAMBIOS MUSCULOESQUELETICOS:** Los músculos suelen estar blandos, débiles y laxos debido a la distensión. Si se administró anestesia regional durante el nacimiento quizá disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas del puerperio. Hay disposición a sufrir tromboflebitis por decremento en la actividad e incremento de las concentraciones de pro trombina. No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

**CAMBIOS URINARIOS:** El tejido vesical esta edematoso, cogestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina. Muchos de estos efectos disminuyen a las 24 horas. El exceso de líquido de acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diuresis, que se inicia dentro de las 12 horas que siguen al parto e implica hasta 2,25 Kg. de pérdida ponderal. Las mujeres que han recibido anestesia, tienen inhibición del funcionamiento neutral de la vejiga y son más propensas a complicaciones vesicales.

**EL SISTEMA ENDOCRINO:** Sufre una disminución muy rápida de los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina y hay un aumento muy exacerbado de prolactina.

**LOS RIÑONES:** Siguen utilizando su reserva renal durante los 8 o 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 a 200 ml en 24 horas. Además la hipotonía vesical residual ocasiona cierta retención urinaria, de tal manera que la primera micción, generalmente se presenta de 12 a 24 horas después del parto.

**CAMBIOS PSICOLOGICOS:** Los cambios de humos son comunes durante el puerperio. Se supone que la reducción acelerada de hormonas como la progesterona y los estrógenos contribuyen al trastorno emocional.

Otros factores relacionados con las reacciones emocionales son los conflictos derivados del papel de madre y la inseguridad personal.

Las molestias físicas como el perineo dolorido, los entuertos, la ingurgitación de los senos y la fatiga contribuyen a las reacciones negativas posteriores al parto.

**DEPRESION POSPARTO:** Consiste en un periodo transitorio y corto durante los primeros días del puerperio, se caracteriza por llanto, insomnio, falta de apetito y falta de interés. Supuestamente se deben a ajustes psicológicos y factores hormonales, además de que las molestias, la ansiedad la irritación y la fatiga desempeñan un papel importante. El riesgo es mayor en las primigestas. El apoyo, es contar con información previa y el asegurarle que sus sentimientos son compartidos por muchas madres son de gran ayuda.

### **PREECLAMPSIA**

La preeclampsia se presenta en el último trimestre del embarazo, es más frecuente en las primigestas jóvenes, pero más raramente en las primigestas de más edad. Los datos cardinales de la preeclampsia son el edema, la hipertensión arterial y la proteinuria.

El edema, o sea la presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular, es el dato que aparece más precozmente, es blando, de predominio vespertino, esta precedido por un aumento excesivo de peso por retención de agua y no guarda un paralelismo exacto con la gravedad del padecimiento.

La hipertensión arterial, guarda un poco de paralelismo con la gravedad del padecimiento, generalmente no es muy alta. Para ser diagnosticada, debe estar igual o mayor de 90 mm Hg de diastólica y es más importante la elevación de las cifras diastólicas así como los cambios comparativos de la presión arterial en relación con los niveles de presión previas al embarazo la diastólica > de 10 mm Hg y la sistólica > 20 mmHg.

La proteinuria o albuminuria debe ser mayor de 1 g/L de orina. Tiene un aumento progresivo y es francamente paralelo a la gravedad del padecimiento.

A medida que avanza el grado de la toxemia, se presentan datos que hay que valorar, los cuales son: cefalea, acúfenos, fosfenos, oliguria, cristaluria y cilindruria y trastornos visuales como el edema de la pupila, el espacio arteriolar y el desprendimiento de la retina.

Los datos de gravedad, que aparecen cuando la toxemia ya es muy severa incluyen la taquiesfigmia, la hipertermia, la hemoconcentración, la hipoproteinemia y el dolor en barra epigástrica de Chauffier por distensión de la cápsula de Glisson a nivel hepático.

## **10.5. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN**

### **HISTORIA CLINICA MÉDICA**

Fecha:

Nombre:  
Sexo:  
Edad:  
Estado civil:  
Religión:  
Escolaridad:  
Ocupación:

## **MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO**

Padecimiento actual

Antecedentes Heredofamiliares

Antecedentes Patológicos No personales

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Personales Patológicos

Signos Vitales

Exploración Física

## **HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_. Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad. \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
Fecha de admisión: Hora: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

## **VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS**

### **NECESIDADES BÁSICAS**

#### **1. OXIGENACIÓN**

##### **Subjetivo:**

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

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día? 1 a 5 \_\_\_\_\_ 6 a 10 \_\_\_\_\_  
 11 a 20 \_\_\_\_\_ + de 20 \_\_\_\_\_  
 ¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?  
 Siempre \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
 ¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su estancia  
 en el hospital? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

### Objetivo

Registro de signos vitales:  
 Frec. Resp. \_\_\_\_\_ FREQ. Cardiaca \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_  
 Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
 Coloración de la piel/ lechos ungueales/ peribucal: \_\_\_\_\_  
 Circulación de retorno venoso: \_\_\_\_\_

## 2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

### Subjetivo:

Nº de comidas diarias: \_\_\_\_\_  
 ¿Come a horas regulares? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es SI precise: \_\_\_\_\_  
 ¿Sigue usted una dieta especial? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿De que tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué cantidad de líquidos toma al día? \_\_\_\_\_  
 ¿Ingiera bebidas alcohólicas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_  
 ¿Sabe que tipo de dieta debe llevar para favorecer la lactancia? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué cantidad de líquidos? \_\_\_\_\_

### Dieta Habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/ 3er Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verdura					

Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

**Objetivo:**

¿Turgencia de la piel? \_\_\_\_\_  
 Membranas mucosas: Hidratadas \_\_\_\_\_ Secas \_\_\_\_\_  
 Características de:  
 Uñas \_\_\_\_\_  
 Cabello: \_\_\_\_\_  
 Funcionamiento muscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
 Aspecto de los dientes: \_\_\_\_\_  
 Aspecto de encías: \_\_\_\_\_  
 Heridas: Tipo \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_

**3. ELIMINACIÓN**

**Subjetivo:**

Hábitos intestinales: Evacuación normal \_\_\_\_\_  
 Estreñimiento \_\_\_\_\_ Diarrea frecuente: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma usted algún laxante? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Orina: Normal \_\_\_\_\_ Con dolor \_\_\_\_\_  
 Menstruación frecuencia \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
 Historia de hemorragias: \_\_\_\_\_  
 ¿El estrés le ocasiona diarrea? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Por secreciones vaginales? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Abdomen: características: \_\_\_\_\_  
 Involución uterina: \_\_\_\_\_ Altura del fondo uterino: \_\_\_\_\_  
 Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_  
 Palpación globo vesical: \_\_\_\_\_  
 Genitales: \_\_\_\_\_

**4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

**Subjetivo:**

¿Qué deporte o actividad física practica?

Correr \_\_\_\_\_ Aeróbicos \_\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_\_

Actividad en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Practica ejercicios prenatales? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Objetivo:

Estado del sistema esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_ Ayuda para deambular: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

## 5. DESCANSO Y SUEÑO

### Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de descanso \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio? \_\_\_\_\_

¿A que considera que se debe? \_\_\_\_\_

¿Siente cansancio al levantarse? \_\_\_\_\_

¿En qué forma se manifiesta? \_\_\_\_\_

¿Utiliza técnicas de relajación? \_\_\_\_\_

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades le ayudará? \_\_\_\_\_

¿Quién se levantará por las noches a cuidar el bebé? \_\_\_\_\_

### Objetivo

Estado: Ansiedad \_\_\_\_\_ Estrés \_\_\_\_\_

Lenguaje: Claro \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

## 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADO

### Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_  
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_  
El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: \_\_\_\_\_  
Calcetas \_\_\_\_\_ Abrigo \_\_\_\_\_  
¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir? \_\_\_\_\_

### Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Capacidad motora para vestirse y desvestirse:  
Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

## 7. TERMOREGULACIÓN

### Subjetivo:

¿La casa que habita es?: Fría \_\_\_\_\_ caliente \_\_\_\_\_  
¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?  
Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Cómo se la toma? Bucal \_\_\_\_\_ Axilar \_\_\_\_\_  
¿Temperatura ambiente que le es agradable? \_\_\_\_\_

### Objetivo

Temperatura corporal: \_\_\_\_\_  
Características de la piel: \_\_\_\_\_ Transpiración: \_\_\_\_\_

## 8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

### Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: \_\_\_\_\_ Cada 3er día: \_\_\_\_\_  
Cada 8 días: \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_  
Horario preferido para bañarse:  
Por la mañana: \_\_\_\_\_ Por la noche: \_\_\_\_\_  
Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: \_\_\_\_\_ Dos veces al día: \_\_\_\_\_  
Tres veces al día: \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_  
Prótesis dentales: SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_  
Parcial: \_\_\_\_\_ Completa: \_\_\_\_\_  
¿Fecha de la última visita al dentista? \_\_\_\_\_  
Aseo de manos:  
Antes y después de comer \_\_\_\_\_  
Después de ir al baño \_\_\_\_\_  
¿Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?  
SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Alitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Presencia de lesiones dérmicas: \_\_\_\_\_

Cambios tegumentarios propios del embarazo: \_\_\_\_\_

**9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

**Subjetivo**

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A otras sustancias \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

¿Tomó algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Llevó control prenatal? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuántas consultas? \_\_\_\_\_

¿Sabe cuando debe acudir a consulta después del parto? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Sabe porque es importante que la revisen? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Y en su pareja? \_\_\_\_\_

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

Tranquila \_\_\_\_\_ Se estresa \_\_\_\_\_ Le da sueño \_\_\_\_\_

Come mucho \_\_\_\_\_ Ríe sin control \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

¿Busca una solución inmediata? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

¿Deformidades congénitas? \_\_\_\_\_

¿Condiciones del ambiente en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Condiciones de su ambiente laboral? \_\_\_\_\_

**10. NECESIDAD DE COMUNICARSE**

**Subjetivo:**

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_  
Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
¿Desde cuando vive en su actual domicilio? \_\_\_\_\_  
¿Existen buenas relaciones en su localidad? \_\_\_\_\_  
¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo pasa sola? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Habla claro: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Ve usted bien? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Lleva usted lentes de contacto? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Escucha bien? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Utiliza aparato auditivo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS**

**Subjetivo:**

Tipo de religión: \_\_\_\_\_  
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_  
Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_  
Principales valores en su persona: \_\_\_\_\_  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): \_\_\_\_\_  
¿Permite el contacto físico? \_\_\_\_\_  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? \_\_\_\_\_

**12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

**Subjetivo:**

¿Trabaja actualmente? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
Riesgos: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? \_\_\_\_\_  
¿Esta satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_  
¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué? : \_\_\_\_\_  
¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado emocional: Tranquilo, Ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

### 13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

**Subjetivo:**

Actividades que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? \_\_\_\_\_

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? \_\_\_\_\_

¿De que tipo? \_\_\_\_\_

¿Forma parte de alguna sociedad?

Deportiva: \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Integridad neuromuscular: \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_

Su estado de ánimo es: Apático \_\_\_\_\_ Aburrido \_\_\_\_\_ Participativo \_\_\_\_\_

### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

**Subjetivo:**

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias para leer y/o escribir: \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? \_\_\_\_\_

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado del sistema nervioso central: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Iyer Patricia. W Et. Al. Proceso de enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. Mexico, 1989, P.I
2. García Albarrán y Mata cortés. “El Proceso Atención de Enfermería”. Antología UNAM. Enero, 1996. Pág. 26-28.
3. “Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 1 Pág. 4.
4. B.C. Long/W.S. PHIPP. “Enfermería Medicoquirúrgica”. 2° Edición. Editorial Mc. Graw Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.
5. “Enciclopedia de la Enfermería”. Volumen 1 Pág.3-4.
6. Carpenito, Manuel. “Manual de Diagnóstico de Enfermería”. 4° Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993. Pág. 9-11.
7. García. Ma.” de Jesús. “El proceso de Enfermería Y El Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.
8. Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat 1° Edición. 1993. Pág. 42-43.
9. Alfaro, Rosalinda”Aplicación Del Proceso De Enfermería”. Segunda Edición, Doyma. S.A. Barcelona España. 1992. Pág. 6.
10. E.T. Catherine Parker Anthony Y Norma Jane Kolthoff, “Anatomía y Fisiología”, Editorial Interamericana, Edición 9° , México D.F.
11. Organización Panamericana de la Salud, “ La Salud del Niño”. En: La Salud de las Américas, Vol. 1, Edición 1998, Op 65.
12. Organización Panamericana de la Salud, “Esperanza de Vida al Nacer”, En: La Salud En Las Américas, Volumen 1, Edición 1998.
13. Rubio Domínguez Severino Y López Barrientos Martín “Evaluación del Riesgo Perinatal, Instrumentos y criterios De La Enfermera Profesional”, ENEO7UNAM, México, Febrero, 2001.
14. Félix Ramírez Alonso, cesárea e histerectomía, En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Manual moderno, primera edición, México D.F. 2002.
15. Félix Ramírez Alonso, Anatomía del aparato genital Femenino, En: Obstetricia para la Enfermera Profesional, Manual moderno, primera edición, México D.F. 2002.