



**DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS - UNAM**

INSTITUTO MARILLAC, A. C.

**ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN
POR DÉFICIT EN UNA MUJER
EN PUERPERIO FISIOLÓGICO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
ESTELA GUZMAN GODINEZ

No. CUENTA: 405511480

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARÍA DE LOURDES TORRES CARRASCO

CO-DIRECTOR: LIC. ANA MARÍA RUIZ URBINA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	6
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Etapas históricas del cuidado.....	8
1.2. Antecedentes históricos de Enfermería.....	9
1.3. Teorías y Modelos de Enfermería.....	16
1.3.1. Clasificación de Teorías y Modelos de Enfermería.....	16
1.4. Proceso Atención de Enfermería (PAE).....	20
1.5. Modelo de Respuesta Humana.....	21
1.5.1. Patrones de Respuesta Humana.....	22
CAPITULO II. DISEÑO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
2.1. Cédula de valoración de enfermería.....	24
2.2. Organización y clasificación de datos.....	28
2.3. Planificación de cuidados.....	32
2.4. Conclusiones.....	51
2.5. Sugerencias.....	52
2.6. Referencias Bibliográficas.....	54
CAPITULO III. ANEXOS.....	56
3.1. Alteración de la nutrición.....	57
3.2. Anatomía del aparato reproductor femenino.....	62
3.3. Fisiología de aparato reproductor femenino.....	67
3.4. Gestación.....	70
3.5. Parto prematuro.....	72
3.6. Puerperio fisiológico.....	74
3.7. Cuidados de enfermería.....	79

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo, por la vida, por darme salud, fortaleza, seguridad y sobretodo por estar conmigo en todo momento.

A mis papás por darme la confianza, el amor, la comprensión, y todo el apoyo necesario en cada instante de mi vida.

A las Hermanas de la Fraternidad Reina María (HFIC), por brindarme los medios para mi formación humana, cristiana y profesional.

Al Instituto Marillac por contar con personal académico con experiencia y conocimientos en la carrera.

A Sor Lupita y la maestra Anita por el apoyo que me han brindado para lograr la culminación de mi carrera.

A mi directora de tesis la Lic. Ma. Lourdes Torres Carrasco por su paciencia y amabilidad para brindarme su tiempo, transmitirme sus conocimientos y comprender mi necesidad de profesionalizarme.

A todos los profesores que colaboraron en mi formación académica, por su generosidad al compartir sus conocimientos y experiencia.

A mi coordinadora la Lic. Isabel Espinoza Sánchez por su generosidad y capacidad de enseñanza.

A la paciente estudiada que colaboró amablemente en la recopilación de la información necesaria.

Y muy especialmente a mi querida amiga
Araceli Cornejo Cornejo, que compartimos día a día
momentos fuertes de nuestras vidas
entre éxitos y fracasos, penas y alegrías,
pero al fin..... logramos la meta.

¡GRACIAS!

Oración de San Francisco de Asís

*Señor, hazme un instrumento de tu paz:
donde haya odio, ponga yo amor,
donde haya ofensa, ponga yo perdón,
donde haya discordia, ponga yo armonía,
donde haya error, ponga yo verdad,
donde haya duda, ponga yo la fe,
donde haya desesperación, ponga yo
esperanza,
donde haya tinieblas, ponga yo la luz,
donde haya tristeza, ponga yo alegría.
Oh, Señor,
que no me empeñe tanto
en ser consolado como en consolar,
en ser comprendido,
como en comprender,
en ser amado, como en amar;
porque dando se recibe, olvidando se
encuentra,
perdonando se es perdonado,
 muriendo se resucita a la vida .
Amén.*

Salmo 62

*Señor mi Dios yo te busco
Mi alma tiene sed de ti
Cual tierra seca agostada
Sin tu gracia desfallezco.
Tú, eres mi señor
Mi bien nada hay fuera de ti
Tú, eres mi señor
La parte de mi herencia.
Se me alegra el corazón
Oh Dios causa de mi gozo
Tu amor vale más que la vida
Te alabaran mis sabios.
Solo en Dios descansa mi alma
De él viene la salvación
Él es mi roca mi baluarte
De él viene mi esperanza.*

INTRODUCCIÓN

La enfermería mexicana tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación otorgadas por personal profesional competente, que sustenta su práctica en una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión.

En la actualidad la sociedad es cada vez más crítica y exigente con referencia a la calidad de atención en los servicios de salud.

La calidad de los servicios de enfermería se define como: *“... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio”*.

Esta calidad se considera en dos dimensiones: 1) la habilidad técnica que requiere de la competencia y, responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y destrezas en todos los cuidados que otorga; 2) la calidad interpersonal entendida como el trato digno que distingue la atención de enfermería cuyos rasgos característicos son: comunicación, confianza y respeto.

Para el personal de enfermería la seguridad es concebida como: *“responsabilidad inherente a su trabajo y representa el más amplio enfoque de la protección del ser humano”*.

Cumplir con esta responsabilidad es un aspecto importante tanto de la calidad técnica como de la interpersonal, ya que la atención de enfermería no sólo implica tomar las medidas necesarias para la protección de las personas contra los factores de riesgo (biológicos, químicos y físicos, entre otros) implica también que quienes reciben esta atención tengan la seguridad y la satisfacción de que al recibir el trato digno que merece se le ofrece la mayor seguridad en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en el entorno en que los recibe.

La responsabilidad del personal de enfermería, debe establecerse a partir de las intervenciones independientes que son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de enfermería como: la identificación, prevención y tratamiento de las respuestas humanas (forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad). Cada intervención responde a un diagnóstico con determinados objetivos o resultados a lograr a través de una serie de intervenciones. La responsabilidad de enfermería está en determinar las mejores intervenciones

(científicamente probadas) para lograr los objetivos establecidos a partir del diagnóstico de enfermería.¹

Para llevar a cabo lo anterior es importante la integración del Proceso Atención de Enfermería, que servirá como guía a la enfermera para favorecer a la persona en su salud, ya que logra la unificación en la atención del paciente, aportando elementos para estructurar el diagnóstico, la planeación, la ejecución de las intervenciones y la evaluación de las mismas en el nivel de aplicación. Para la puesta en marcha de dicho proceso se ha utilizado la cédula de valoración de los 9 patrones de respuesta humana, con el propósito de planear y aplicar intervenciones específicas para una mujer con desnutrición que se encuentra en puerperio fisiológico.

Al planear las actuaciones de enfermería individualizadas se tomó en cuenta las fuerzas y debilidades del paciente, su familia. Identificándose los recursos del mismo y utilizándolos en el plan de cuidados. Entre las fuerzas se incluyen la existencia de motivación, la inteligencia, una familia que le apoye, el nivel educativo y los recursos económicos, para responder a las demandas de los cuidados de salud que requieren de una atención personalizada.

Al hablar de desnutrición significa que existe desequilibrio entre los nutrientes ingeridos y los que se requieren para que un individuo se desarrolle normalmente. Este padecimiento aparece por etapas, pues en un principio genera cambios en los valores nutricionales contenidos en sangre y, posteriormente, ocasiona mal funcionamiento en órganos y tejidos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), señala que en México el 20 por ciento de las mujeres embarazadas padecen desnutrición crónica, al igual que un millón de niñas y niños que sufren del mismo mal.²

Ensanut coloca como la quinta causa de muerte de las mujeres adolescentes, a las complicaciones durante el embarazo.

De acuerdo al universo estadístico de la encuesta nutricional, 26% de las mujeres embarazadas y 20% de las que no lo están sufren anemia, dato que coloca a México en una situación intermedia entre las cifras de los países más desarrollados (entre 12 y 18%), y de los que están en desarrollo, que se sitúa entre 44 y 56%.

¹ CONAMED, Recomendaciones para mejorar la atención en Enfermería, México, D. F., junio 2009.

² Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, primera edición, México, diciembre 2007.

La desnutrición que sufre la población mexicana tiene que ver con las condiciones de salud, educación y vivienda pero, fundamentalmente, con la falta de oportunidades para obtener el ingreso mínimo que requiere una familia para satisfacer sus necesidades alimenticias. El ciclo pobreza-enfermedad inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, las características del patrón reproductivo (edad al procrear, número o frecuencia de los hijos) y la inapropiada atención prenatal y del parto provocan elevadas tasas de mortalidad infantil, alto riesgo de bajo peso del recién nacido.

Los resultados de esta encuesta son definitivos y son la explicación del mal desempeño escolar y el llamado analfabetismo funcional, dos características palpables que nos deben mover a la reflexión sobre todo si pertenecemos a un grupo social que tiene a su alcance la posibilidad de nutrirse adecuadamente.

Sin embargo, tomando como base a esta paciente, antes del embarazo tenía un peso de 40 kg., una talla de 155 cm., al momento de parto pesaba 49 kg., en el puerperio inmediato 45 kg., a la cual no se le dio el seguimiento correcto, tampoco se le indicaron estudios de laboratorio, lo cual demuestra que no le dieron importancia a la desnutrición por la cual estaba pasando y las consecuencias que puede ocasionar en su vida y sus hijas pequeñas (la recién nacida y otra de 1 año 3 meses).

Dentro del presente estudio se toma como principal diagnóstico la alteración de la nutrición por déficit, así como otras relacionadas con el puerperio fisiológico. La utilización de un método organizado para el desarrollo de los cuidados de enfermería mejorará la calidad de éstos creando un ambiente de confianza en la capacidad del personal para atender las necesidades de la paciente que requiere de una nutrición adecuada.

JUSTIFICACIÓN

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería admite que la enfermera defina sus actividades y realice investigación desde la práctica, sustentada en la base teórica, y relacionándola con la práctica que nos permite evidenciar avances en la salud del paciente. A la Enfermería, como profesión de servicio a las personas, le corresponde el diagnóstico y tratamiento de las Respuestas Humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

El poseer un cuerpo de conocimientos especializado en la resolución de problemas del paciente, le dan autonomía al profesional para orientar sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas.

Para llevar a cabo estas actividades se ha apoyado en el Proceso Atención de Enfermería, ya que es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensión biológica, psicológica, socio – cultural y espiritual. Lo anteriormente planteado, constituye el ideal del cuidado de enfermería.

En respuesta a las necesidades de cuidado y políticas de salud cambiantes, el perfil de formación del profesional de enfermería debe ajustarse a la realidad, para poder satisfacer las necesidades de los individuos y las comunidades. Para ello, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha clasificado las funciones de la enfermería en cuatro áreas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y mantenimiento de la salud y alivio del sufrimiento.³

Dentro de sus propósitos, la academia pretende formar profesionales íntegros que provean cuidado al individuo, inmerso en su esfera biosicosocial. Al llegar al mercado laboral, las instituciones prestadoras de servicios, en respuesta a las políticas de globalización y competitividad, han asignado al enfermero(a) múltiples funciones que lo han alejado del cuidado directo, teniendo que delegar sus funciones en muchas ocasiones al personal auxiliar.

En la actualidad, la enfermera que se desempeña en el área asistencial está perdiendo cada vez más la esencia de su quehacer, atribuido principalmente a tres factores: sobrecarga laboral, pérdida de la identidad profesional y rutina en su desempeño.

³ CIE. La definición de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>. Consultado en marzo de 2005.

Los factores enunciados, han influenciado para que la enfermería pierda la esencia como profesión de servicio a las personas. Se espera que la enfermera visualice como objetivo de su trabajo sacar a la luz su capacidad crítica y reflexiva, conducida por procesos de formación integral y desarrollo humano, educación con visión universal y en formación de valores; a través de cualquier expresión de la práctica que basada en el objeto de la enfermería se traslape a todos los ámbitos de la salud.⁴

Por otro lado, para recuperar el cuidado, la enfermera debe incorporar estrategias como la autoevaluación, el desarrollo de cualidades propias, la reevaluación de su plan de trabajo y la creación de una visión propia, que le permita asumir un compromiso individual y colectivo dentro de un con texto amplio y dinámico, para que tome y genere autonomía en la practica. “Se necesitan profesionales no para hacer enfermería, sino por el contrario para “ser” cada día mejores enfermeros”⁴ y ser como lo señala Alberdi⁵ grandes en el arte, en la política, en la ciencia y el negocio del cuidado.

Las enfermeras como profesionales al servicio de las personas, debemos desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades comunicativas para ofrecer a los sujetos de atención, un cuidado integral e integrador que los conduzca al alcance del más alto nivel de armonía y bienestar; y debemos reconocer que el cuidado es nuestro deber y es el derecho de las personas que demandan los servicios.

⁴ Sánchez B. Identidad y Empoderamiento de la profesión de Enfermería. Avances en Enfermería 2002; 20(1):22-32.

⁵ Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. Rol de Enfermería 1993; 178:43-50.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Proceso Atención de Enfermería basado en habilidades y conocimientos teóricos y prácticos, priorizando las necesidades de una paciente con alteración en la nutrición por déficit que se encuentra en puerperio fisiológico inmediato llevando a cabo acciones de enfermería encaminadas a mejorar la nutrición de la paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar y elaborar los diagnósticos de enfermería con base en las necesidades de una paciente en puerperio fisiológico con la ayuda de la valoración basada en Respuesta Humana.
2. Planificar cuidados de enfermería específicos para satisfacer las necesidades de adaptación física y psicológica que ocurren después del parto.
3. Animar a la paciente, desde el punto de vista nutricional, al consumo diario de nutrientes para mejorar la lactancia materna.
4. Favorecer la educación y promoción de la salud en la paciente, a través de técnicas y demostraciones para facilitar y garantizar el aprendizaje.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

La evolución histórica de los cuidados enfermeros se ha dividido en cuatro etapas: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. Analicemos cada una de ellas.

La Etapa Doméstica abarca los Tiempos Remotos, las Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y una adecuada alimentación y vestido.

La Etapa Vocacional comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

La Etapa Técnica engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

La Etapa Profesional, por último, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual.⁶

⁶ García M-C C., Martínez M. M. L., Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero, Harcourt, Madrid, 2001, pág. 214.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Prehistoria

El origen de las prácticas de cuidados va ligada a la conservación del grupo como un intento de asegurar la supervivencia y perpetuar la especie.

Los tiempos remotos engloban dos grandes fases de la humanidad: Durante el Paleolítico, las características biológicas fueron determinantes en la distribución de las actividades de las sociedades primitivas. La maternidad y crianza, la recolección y preparación de los alimentos para obtener el bienestar, fueron dirigiendo a la mujer como promotora natural de cuidados. Aunque no hay documentos escritos en esta época, todo hace pensar que los enfermos y heridos estaban a su cargo, aunque dichos cuidados eran en su mayoría intuitivos o basados en la observación animal.

La llegada del Neolítico trajo consigo la aparición de nuevas enfermedades, como las propias del sedentarismo y las enfermedades infecto-contagiosas. También aparece la figura del sanador, y se desarrolla el concepto de enfermedad como castigo divino. Los cuidados durante este período están basados en el teocentrismo.

Antiguas culturas.

Mesopotamia. La magia, sacrificios y plantas medicinales, baños masajes y algunas prácticas quirúrgicas son los procedimientos usados en esta cultura para la curación de las enfermedades. Estas se consideraban un castigo de los dioses, por lo que sólo se intervenían cuando eran leves, dejando a su suerte a los casos graves para no contravenir el designio divino. Apenas se mencionaba el papel del cuidador, pero se cree que esta labor era llevada a cabo por esclavos o sirvientes; si la persona a la que se intentaba cuidar moría, se había de pagar una multa.

Antiguo Egipto. Las prácticas de los cuidados quedaban descritas en los diferentes papiros hallados. El más extenso de ellos es el papiro de Ebers (1550 a.C.). En su contenido se encuentran preparados caseros contra las pestes, cuidados de la piel, dientes, etc. Este papiro constituye el libro completo de medicina más antiguo del mundo. Cita 700 sustancias del reino animal, vegetal y mineral que usaban como medicamentos. También hay encantamientos y conjuros verbales. Es muy probable que los cuidados de enfermería fueran la principal responsabilidad de la madre o las hijas en la casa. La mujer era la encargada del mantenimiento del grupo familiar, incluida la higiene, la alimentación y los remedios básicos.

La obstetricia la practicaban las parteras, las cuales constituían un grupo profesional reconocido.

Palestina. Abrazaron la religión monoteísta, y una filosofía vital teocéntrica, por lo que la enfermedad y la muerte eran un castigo de Dios. Es por ello que las oraciones y el ayuno eran fundamentales para lograr la curación. En esta cultura se dictaron normas de carácter higiénico y preventivo de las enfermedades (fueron los pioneros de los conceptos de cuarentena y de contagio). Los médicos tenían diferentes categorías: sacerdote médico, médicos y cirujanos. El papel de la matrona está reconocido. Débora sería la primera enfermera matrona conocida (era la nodriza de Rebeca, a la que atendió en los partos y cuidó en sus últimos años). También se la considera la primera enfermera citada en la Historia de los Cuidados (capítulo 24 Génesis).

Antigua China. Cultura con grandes avances médicos, pero en la que no hay referencia alguna sobre la enfermería. El Ying y el Yung debían estar equilibrados, la enfermedad surgía cuando se rompía este equilibrio. El cuidar a los familiares en el hogar es un deber en China, tarea que probablemente era encomendada a las mujeres, que tenían un papel secundario en dicha cultura.

Antigua India. El sufrimiento permite liberar el Karma hacia la perfección. Las funciones del equipo sanitario se describen en el Kaviratna (documento indú). En él se le pide al cuidador que tenga cuatro cualidades: conocimiento para la preparación de medicamentos, astucia, dedicación al paciente y pureza. Eran hombre jóvenes, supeditados al medico, y sólo en situaciones excepcionales los cuidados eran llevados a cabo por mujeres ancianas. Su papel se describe en varios compendios de medicina.

Grecia Clásica.

Los griegos fueron los primeros en establecer una conexión entre el ambiente social (trabajo, costumbres, etc.), el ecológico y la salud. Las parteras llegaron a alcanzar un gran prestigio. Las leyes de Atenas estipulaban que la comadrona debía haber sido madre y haber superado la edad de procrear.

Existían dos tipos de matronas según el nivel de conocimientos y especialización:

1. Comadronas de habilidad y experiencia superior, a las cuales se les consultaba en los partos difíciles.
2. Las comadronas que ayudaban exclusivamente en los partos normales.

Con el nacimiento de la edad de la Razón (siglos VI al IV a. C.) se fue desarrollando la medicina racional en manos de filósofos como: Tales de Mileto, Pitágoras, Platón y Sócrates. Aparecieron los médicos técnicos, como Hipócrates de Cos, llamado del Padre de la Medicina.

No hay referencia sobre el papel de las enfermeras en esta época. Según Shryrock (1959) “las mujeres griegas no podían ser iniciadas en los misterios de ningún arte”, por lo que se supone que los cuidados enfermeros eran realizados por hombres. En cambio, sí eran habituales las parteras, que proporcionaban los cuidados obstétricos.

La Roma Precristiana.

La medicina romana utilizaba la magia, la religión y las prácticas populares. Tras la conquista de Grecia, absorbieron gran parte de los conocimientos y tradiciones del pueblo conquistado. La medicina siguió siendo practicada por el médico griego esclavo, el *servus medicus*. En mayor medida que los avances médicos, la aportación más importante de esta cultura son los trabajos de higiene pública: desagües, baños públicos, acueductos, necrópolis.

Las aportaciones del cristianismo: los cuidados vocacionales.

En el año 320 d. C. el emperador Constantino IV proclama el cristianismo como la religión oficial del Imperio, por lo que la salud y el cuidado de la misma adquieren un valor religioso, al ser un mandato evangélico que brinda la oportunidad de redención al cuidador.

Al inicio del Cristianismo, el fomento del consuelo en la asistencia al enfermo y moribundo suponía el principal aspecto que caracterizaba el cuidado del enfermo.

Simultáneamente, se otorga un papel activo a la mujer soltera o viuda para cuidar a los enfermos y a los débiles. Ejemplo de ello son:

1. *Las Diaconisas*. Fue la primera organización de estas mujeres formada por damas de familias distinguidas. Fede es la primera Diaconisa y enfermera visitadora de la historia. Las diaconisas ejercían funciones asistenciales, docentes y auxiliares en las comunidades primitivas cristianas.
2. *Las Viudas trabajaban con enfermos y pobres*. Se les otorgaba ese nombre por deferencia, no porque sus maridos hubieran muerto.
3. *Las Vírgenes* era otra organización de mujeres, aunque se cree que estaban más relacionadas con labores eclesiales que con el cuidado de los enfermos.
4. *Las Matronas* romanas eran un grupo escaso, pero muy poderoso, una auténtica élite de mujeres con gran poder económico del estamento patricio. En ocasiones donaban sus propias casas y fortunas para el cuidado de los pobres, y mantuvieron los hospitales y albergues de pobres y extranjeros con su propio dinero. La más famosa de estas matronas fue Marcela, que convirtió su palacio en un monasterio de ahí que se la denomine madre de las monjas.

La creación del Nosocomium (lugar para el cuidado de los enfermos) se debe a Fabiola, que convirtió su palacio en el primer hospital gratuito de Roma. No sólo ayudaba, sino que compartía su pobreza.

Otra matrona destacada fue Paula, una de las mujeres más cultas de esta época. Se formó con Marcela, y posteriormente emigró a Palestina, fundando una serie de hospitales en el camino a Belén; además de dirigirlos, cuidaba personalmente a los enfermos. Se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específica para las mujeres dedicadas al cuidado, esto es, fue la primera en enseñar la enfermería como un arte diferenciado.

Alta edad media (400-1,000)

San Benito de Nursia (428-547) fundador de la orden de los Benedictinos, creó un monasterio en Montecasino y la regla benedictina ora et labora. Con ello consiguieron estabilidad ante el caos y los monasterios se convirtieron en centros de influencia y de cultura. Utilizaron sus conocimientos de medicina y botánica para cuidar enfermos. Al mismo tiempo, ofrecían cobijo y hospitalidad a los que no tenían hogar.

Los primeros centros en los que se atiende a los enfermos son los propios monasterios, donde se atiende a los enfermos en la enfermería. Con el paso del tiempo, el cuidado de los enfermos se convirtió en un deber primordial de la comunidad, construyéndose un hospital en edificios más reducidos, separados del lugar donde vivían los monjes.

Las órdenes monásticas femeninas se desarrollaron en paralelo con las masculinas. Los monjes ejercían la enfermería en pabellones de hombres y las monjas lo hacían en el de mujeres. Debido al ideal monástico de la humildad, a partir del siglo VII se decidió que llevaran un uniforme sencillo, llevando velo las mujeres.

El significado que adoptó el cuidar no debe alejarse del marco filosófico cristiano; las personas que dedicaron su vida a la práctica de ofrecer cuidados tenían la obligación de aceptar los votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia.

En esta época había poca distinción entre enfermería y medicina. Los cuidados que se proporcionaban consistían principalmente en alimentar a los enfermos. Así, la alimentación era la base de los cuidados en los hospitales medievales.

La escuela de Salerno. Fue una de las primeras universidades de medicina. Se calcula que comenzó su funcionamiento hacia el siglo X, y la leyenda dice que fue fundada por cuatro médicos:

uno árabe, uno judío, uno griego y uno latino. Estuvo abierta a mujeres, entre ellas Trótula, que impartía clases y escribió un tratado de ginecología.

Baja edad media (1000-1500)

La principal aportación de las órdenes militares de esta época a la enfermería actual ha sido la jerarquización de los servicios de enfermería.

Estas órdenes combinaban la religión, el militarismo y la caridad. Todas se designaban con el nombre de Hospitalarios, y estaban compuestas por nobles, sacerdotes y hermanos sirvientes, que eran los que llevaban a cabo los cuidados.

Edad moderna

La asistencia a los enfermos fue un tema importante a tratar, llegándose a considerar esta tarea como una deber cristiano, por lo que la práctica de los cuidados continuó en los países católicos. A raíz del Concilio de Trento se impulsaron nuevas órdenes religiosas: San Vicente de Paúl, está considerado un precursor de la enfermería. Movilizó a un grupo de damas laicas para la asistencia en domicilio. De este grupo salió Santa Luisa de Marillac, que llegó a ser la principal colaboradora de San Vicente y fue la primera supervisora de estas enfermeras, viajando por provincias para seleccionar candidatas. El aumento del número de estas hizo pensar que sería necesario un entrenamiento previo y una casa central, denominándose Hijas de la Caridad.

Siglo XIX

Este período en el que se dio un vacío de enfermería duró 300 años y se le conoce como el “período oscuro de la Enfermería”.

Elizabeth Fry, tuvo un papel importante en el desarrollo de la enfermería, ella opinaba que debía ser una actividad remunerada, que podía ser llevada a cabo por mujeres laicas. Visitó al matrimonio Fliedner, y a su vuelta a Inglaterra creó el Instituto Bishopgate para la enseñanza de la enfermería, aunque la preparación no estuvo a la altura del Kaiserswerth.

El nacimiento de la enfermería moderna se gestó en el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania), creado por el pastor protestante Theodor Fliedner en 1836. También creó un pequeño hospital con una escuela de formación para estas mujeres, las cuales vivían en el instituto, y realizaban las tareas domésticas del mismo, además de atender el hospital. Se les exigía un

certificado de buena salud y de moralidad, y la formación era de tres años con rotaciones de prácticas en las unidades del hospital.⁷

La Enfermería se había considerado hasta entonces un arte y no una ciencia, pero Florence Nightingale rechazó estas ideas, luchó por integrar esta disciplina en un sistema interdependiente, que le permitió elaborar, con las limitaciones de la ciencia de esa época, una doctrina que durante más de un siglo fue técnica, dependiente de la medicina y también de la enfermedad. A partir de ese momento, las medidas preventivas fueron por delante de las medidas curativas y se aplicaron las reformas.

Aunque todavía no hablamos de una Enfermería como la actual, podemos decir que en este momento de la Historia se establecieron las bases para el desarrollo de una enfermería profesional y científica. Mientras este nuevo concepto de la Enfermería se iba extendiendo en muchos países de Europa, en México estábamos apenas saliendo de la guerra de Independencia y como consecuencia reorganizando nuestro país. Durante la época colonial, en México los cuidados enfermeros estuvieron a cargo de las órdenes religiosas, recordemos que España no entró a la Reforma Protestante y siguió siendo un país católico. Esto continuó así hasta que Benito Juárez publicó un decreto en el que se secularizaron los hospitales y centros de beneficencia el 2 de febrero de 1861 y posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república, quedando excluidas las Hermanas de la Caridad, pues sus reglas no estaban en contra de las leyes de Reforma; temporalmente quedaron a cargo de los enfermos de nuestro país, pero en 1874 Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México dando origen a nuestro propio “período oscuro de la Enfermería”.

Para principios del siglo XX el Dr. Liceaga, designado por el presidente de la República, comienza el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera Escuela de Enfermería del mismo, inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente y se inicia así una evolución de la profesión que nuevamente es interrumpida por la Revolución.

Una vez reorganizado el país después de la guerra - primera mitad del siglo XX – hubo en México, unos 30 años de un desarrollo amplísimo de la Enfermería. El Estado asume la responsabilidad de la salud pública, se crean organismos como el IMSS, ISSSTE, etc. y se construyen gran cantidad de hospitales.

⁷ Díaz A. P., Mézcua N. S., Canales M. J., Romero G. P. J., Manual Cuarto de Enfermería Vol. I, cuarta edición, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2006, pág. 155.

En las siguientes décadas, la Enfermería tomó conciencia de la necesidad de una preparación a nivel licenciatura, que elevara el conocimiento científico de la enfermera y permitiera reforzar el trabajo de prevención. En 1968 se abrió ésta en la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) fundada en 1945.⁸ En 1952 se prepara el primer curso de docencia para Enfermeras Instructoras. De 1961 a 1963, por primera vez ocupa el cargo de Secretaria General una enfermera (Juventina Hernández Márquez); se establecen las equivalencias para revalidación de estudios y ex profesionales de escuelas incorporadas a la ENEO. Inicia el curso de enfermería pediátrica como el cimiento de una práctica especializada, en el Hospital Infantil de México.

Se inicia también el curso de enfermería psiquiátrica con la Enf. Renée Valle Caloca. Llega el momento para el nombramiento de Subdirectora a Delia Otero de Pérez (1963 a 1964). Durante esta gestión un hecho relevante en la carrera académica de la escuela correspondió a la designación de nombramientos definitivos a la planta académica otorgados por el Rector Ignacio Chávez; en el mismo periodo de 1963 se nombra Secretaria General a María de Jesús Morales Herrera y por primera vez forma parte de la terna de la Dirección una enfermera recayendo dicha iniciativa en la Enf. Partera Juventina Hernández Márquez.

En el año de 1966 llega a la Dirección de la Escuela a la Dra. Esther Chapa Tijerina, aprobándose la Licenciatura en Enfermería. Durante 1967 el Consejo Técnico de la ENEO, autoriza cinco cursos post básicos de enfermería y aprobados en 1968.

Los avances tecnológicos, científicos y académicos buscan una enfermería diferente, por lo tanto se fortalece la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Se estructura el Plan de Estudios por semestres y en 1968 aparece publicada la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Durante los periodos de gestión de la Lic. Marina Guzmán de 1975 a 1982 se inicia un programa de Educación Continua, el curso Especial Transitorio para obtener el título de Licenciado en Enfermería. En 1976 crea el Sistema de Universidad Abierta.

Al llegar a la Dirección la Lic. Ma. Esther Hernández Torres de 1982 a 1986, se crean nuevas opciones de evaluación terminal para la Licenciatura en Enfermería, se refleja un impulso en la investigación en enfermería, tanto académica como de los educandos; se inician procesos formales para la evaluación de la Enseñanza Clínica y la creación del Taller de Tecnología para la Enfermería⁹.

⁸ Zueras B. P., universidad panaméricana <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>

⁹ <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/antecedentes/indexant.htm>

1.3. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar.

Por ello ha necesitado elaborar su propio cuerpo de conocimientos científicos, para definir sus actividades y desarrollar su investigación, para perfeccionar la práctica, para definir las actividades enfermeras, su razón de ser, y como guía para la docencia y la investigación. Una de las aportaciones de dicha investigación en enfermería es la de aumentar la calidad de la asistencia al individuo, familia o comunidad.

El ser humano en relación con su entorno, sus necesidades de salud y la satisfacción de las mismas y el rol enfermero como profesión autónoma han formado las ideas básicas de dicha investigación científica. Estos conocimientos pueden ser descritos como Modelos y Teorías conceptuales. Teniendo en cuenta que estas son el fin de todo trabajo científico.

Un **modelo** es una idea que se explica a través de una visualización simbólica y física. Puede haber modelos físicos que se asemejan a lo que representan (una bomba de agua podría representar al corazón humano), o pueden ser verbales, esquemáticos en forma de dibujos, etc. Un modelo conceptual es una abstracción de la realidad, lo que la disciplina puede o debe ser, es una representación estructural de esta. Están formados por estas ideas abstractas y generales, los conceptos.

Una **teoría** es un principio general, de valor científico, (una conjetura científica), que dirige la práctica. Está compuesta por un conjunto de frases (proposiciones y conceptos) cuyo fin es explicar cómo funcionan los hechos, las interrelaciones de los conceptos entre sí dando una visión sistemática de un fenómeno que busca predecir, describir y explicar dicho fenómeno. Al construir la teoría hemos de contemplar la relación de ésta con la obtención del conocimiento.

1.3.1. Modelos de enfermería: clasificación.

La disciplina enfermera queda descrita en los modelos y teorías enfermeras. La principal ventaja de utilizar un modelo en nuestra práctica es que nos va a facilitar un marco conceptual para el correcto desarrollo del proceso de cuidados. Los modelos de enfermería han sido clasificados en función de diferentes criterios con la finalidad de estudiarlos y compararlos.

Estudiando la historia de la enfermería y la evolución de los cuidados, y siguiendo cronológicamente cada una de las teóricas enfermeras, queda evidenciado el cambio de orientación que han seguido los cuidados profesionales enfermeros con el paso del tiempo.

De esta forma, la evolución de los cuidados ha seguido cuatro objetivos de actuación: en un principio se centró en el entorno, posteriormente en la enfermedad y más adelante en la persona. Actualmente se orienta en la interacción de la persona con su entorno.

Los modelos pueden clasificarse en **tendencias**, a partir de la identificación de qué es lo que tienen en común.

Meleis, y posteriormente S, Kérouac, clasificaron los modelos en seis **escuelas del pensamiento**.

S. Kérouac, desarrolla además una clasificación en tres **paradigmas** que analizan los modelos de enfermería atendiendo a las metodologías y teorías que tienen en común entre ellos:

Paradigma de categorización: Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades, a partir del siglo XX (Florence Nightingale). El rol del paciente es pasivo.

Paradigma de integración: Surge en la década de los 50. Se tiene en cuenta al individuo integrado en su entorno. Comienza a aparecer las diferencias entre la disciplina médica y la disciplina enfermera.

Paradigma de transformación: Aparece en los años 70. Cada individuo es único. Se tiene en cuenta el entorno, el universo, la energía.

Una última clasificación realizada por Marriner divide las teorías de enfermería en:

Filosofías (Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall y Watson),

Grandes modelos conceptuales (Orem, Levine, Johnson, Rogers, Neuman, Roy y King),

Teorías de nivel medio, menos generalizables (Peplou, Orlando, Travelbee, Leininger, Parse y Newman).

Relación de modelos y teorías de enfermería y su inclusión en las diferentes clasificaciones

3	CLASIFICACIONES	N	P	H	J	O	A	H	O	A	W	L	K	R	R	N	L	W
PARADIGMAS	Categorización	*																
	Integración		*	*	*	*	*	*	*	*	*		*		*			
	Transformación											*		*		*	*	*
ESCUELAS	E. de necesidades			*		*	*											
	E. de interacción		*						*		*		*					
	E. de efectos deseables				*			*				*			*	*		
	E. de promoción de la salud									*								
	E. de ser humano unitario													*				
	E. de caring																*	*
TENDENCIAS	Ecologista	*																
	Existencialista		*		*						*	*	*		*			
	Cósmica													*				
	Sociológica									*							*	
	Naturalista	*																
	Suplencia y ayuda			*			*				*							
	Interrelación		*		*			*	*			*	*	*	*	*		
	Humanista	*		*			*	*									*	*
	Relaciones interpersonales		*						*	*	*		*		*			
	Sistemas				*					*							*	
	Campos energéticos													*				
	Filosofías	*		*			*	*			*							*
	Modelos conceptuales				*								*	*	*	*		
	Teorías de nivel medio		*						*								*	

1 Nightingale, 2 Paplau, 3 Henderson, 4 Johnson, 5 Orem, 6 Abdellah, 7 Hall, 8 Orlando, 9 Allen, 10 Wiedenbach, 11 Levine, 12 King, 13 Rogers, 14 Roy, 15 Neuman, 16 Leininger, 17 Watson.

Paradigma: Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Diagrama conceptual. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría...Representa la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca.

Metaparadigma es el marco conceptual más global de una disciplina, la matriz, el cuerpo de los conceptos compartidos por una comunidad científica.

Metaparadigma enfermero. Para que la disciplina enfermera pueda desarrollarse como ciencia y profesión, es imprescindible la relación ente los conceptos que forman este gran paradigma. Dichos conceptos son cuatro: Cuidado, persona, entorno y salud cuando los cuidados enfermeros tienen como finalidad eliminar la enfermedad de la persona, el rol de la enfermera se caracteriza por actuar por la persona, y los cuidados se organizan por tareas, siendo el centro de los cuidados, la propia enfermedad.

Definición de los elementos metaparadigmáticos:

- **Persona** (receptor de los cuidados, familia, grupo, comunidad): se concibe como un ser global, de componente filosófico humanístico (ser activo con recursos), con una visión holística (los aspectos que lo componen interactúan), con necesidades y características individuales y comunes que experimenta cambios y se relaciona consigo mismo, con otras personas y con su entorno.
- **Entorno:** aquello que enmarca o rodea a la persona y que comprende aspectos de su medio interno (factores intrapersonales) y del externo (incluida la enfermera) con una repercusión directa en la actuación enfermera y en el bienestar de la persona y su salud.
- **Salud** (*meta de los cuidados enfermeros*): es un estado dinámico que cambia dentro de un continuum salud-enfermedad. Debe ser contemplada desde las áreas de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación, con objeto de orientar la actuación de enfermería.
- **Enfermería:** profesión que basa su intervención en un servicio de ayuda específico que ofrecen exclusivamente las enfermeras.

1.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es el método para aplicar el modelo y poder administrar cuidados de enfermería organizados. Se caracteriza por ser flexible, dinámico y sistemático.

La utilización del proceso atención de enfermería favorece la comunicación, la individualidad, la participación de la persona en la toma de decisiones, evita omisiones y repeticiones y aporta calidad en los cuidados enfermeros.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración. Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud real o potencialmente alterado) de un individuo o grupo que el enfermero puede identificar legalmente ya que proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería destinadas a conseguir resultados de los que es responsable el profesional de enfermería; dichas intervenciones tratan de mantener el estado de salud, reducir o prevenir las alteraciones.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualmente, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

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

La aplicación del mismo está fundamentada en diversas teorías como la de Sistemas, o de la Comunicación, pero sobre todo en el modelo de enfermería que hayamos elegido para la práctica profesional, lo que significa que cada enfermera le da una orientación distinta dependiendo del modelo o teoría de enfermería que sigue.

1.5. MODELO DE RESPUESTA HUMANA

Generado de las exigencias sociales, del desarrollo científico, tecnológico, surgen 1920 a 1950, profesionales de enfermería, cuyas propuestas teóricas establecieron los fundamentos de la enfermería moderna, como una ciencia y disciplina al cuidado de la salud enfermedad de la persona, y que como tal centraba su campo de aplicación en la respuesta humana. La emergencia de este paradigma proyecta el ejercicio profesional en dos grandes ámbitos: el independiente y el de colaboración con otros profesionales. Hoy en día, es considerada una disciplina que fundamenta su actividad profesional en principios científicos, técnicos y procedimentales propios, en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación.

De manera que el uso de los diagnósticos revisados y aprobados por la NANDA, permite contar con un lenguaje universal para la base del quehacer profesional. Esta organización comenzó con las comunicaciones orales y escritas de profesionales de la enfermería en 1973, a la fecha ha evolucionado para desarrollar un vocabulario diagnóstico enfermero formalizado y codificado; contando actualmente con aprobación de la taxonomía II revisada dentro de un marco multiaxial. La aplicación del conocimiento en la práctica asistencial enfermera, es el proceso atención de enfermería (PAE); este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional lógica y sistematizada.

Respuesta humana es un término construido a partir de planteamientos humanistas. A través de las respuestas humanas, enfermería busca unidades de análisis factibles de valorar, diagnosticar y tratar. Estas respuestas humanas son, por naturaleza, dinámicas, cambiando a medida que la paciente y la familia o ambos superan la frontera que existen entre la salud y enfermedad.

Cada diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud, alteración real o potencial del patrón de interacción) de un individuo, familia y comunidad, que la enfermera puede identificar legalmente y para el que puede ordenar intervenciones definitivas destinadas a mantener el estado de salud, para reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

1.5.1. Patrones de respuesta humana y definiciones

Patrón de respuesta humana	Definición
Elección	Seleccionar entre alternativas, la acción de seleccionar o ejercitar preferencias respecto a un tema para el que se es libre; determinar a favor de una dirección.
Comunicación	Conversar, impartir, comunicar, o transmitir pensamientos, sentimientos o información, interna o externamente, de forma verbal o no verbal.
Intercambio	Ofrecer, renunciar o perder algo mientras a su vez se recibe algo; sustitución de un elemento por otro; algo recíproco de dar y recibir.
Sentimientos	Ser conscientes, experimentar sensaciones, aprehensión o sentido; ser consciente o afectarse emocionalmente por un hecho, acontecimiento o estado.
Conocimiento	Reconocer o conocer una cosa o una persona; estar familiarizado por la experiencia o a través de informaciones o artículos; enterarse de algo a través de la observación, preguntas o información, comprender.
Movimiento	Cambiar el lugar o posición de un cuerpo o cualquier miembro del mismo; impulsar a la acción o a hacer algo; tomar iniciativa.
Percepción	Percibir con la mente; ser consciente de algo a través de los sentidos.
Relación	Conectar, establecer una interrelación, mantener una asociación con otras cosas, personas o lugar.
Valores	Ser responsables, cuidar; opinión propia respecto a la simpatía hacia una persona o cosa.

CAPITULO II

DISEÑO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



**INSTITUTO MARILLAC A. C.
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 3033-12
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

2.1. CÉDULA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (PUERPERIO)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: C. H. A. R. Edad: 18 años. Estado Civil: Unión libre Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Hogar Fecha de admisión: 16 – 10- 07 Servicio: Gineco-obstetricia Cama: 121
Fecha de elaboración de la cedula: 17 – 10 – 07 Diagnóstico médico: Puerperio fisiológico inmediato
(6 horas de evolución). Procedencia: D. F. Fuente de información: Directa e indirecta.

MOTIVO DE INGRESO: 3 cm. de dilatación. Embarazo de 31.2 SDG.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: CONOCIMIENTO

Datos Personales No Patológicos:

Toxicomanías: Negativo Tabaquismo: Negativo Alcoholismo: Negativo

Datos Personales Patológicos:

Cirugías previas: No Transfusiones Sanguíneas: No Alergias: No Traumatismos: No
Hospitalizaciones previas: Si Motivo: Por el parto anterior hace un año tres meses.
Sobrepeso u Obesidad: No Diabetes Mellitus: No IVU: No Otros: (ETS., Tatuajes,
perforaciones): Cuadros gripales y Herpes Zoster 6 días antes de parto.

Antecedentes Familiares:

a) Hipertensión: No b) Diabetes: Si Parentesco: Abuela materna. c) Obesidad: No
Otros (especificar): Ninguno

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca: 12 años Ritmo: Irregular 60 x 2 Gesta: 2 Para: 2 Abortos: 0 Cesáreas: 0
Episiotomías: 2 FUM: 18 – 03 - 07 Semanas de Gestación: 31.2 Periodo intergenésico: 1 año 3 meses
Inicio de vida sexual activa: 14 años Número de parejas sexuales: 1 pareja. Grupo Sanguíneo de la
madre: Lo desconoce Grupo Sanguíneo del padre: Lo desconoce
Tiene conocimientos sobre: Lactancia materna: No, según ella su hija anterior “no quiso leche materna”.
Métodos de planificación familiar: No Signos y síntomas de alarma durante el puerperio: No
Otros: Expresa que desconoce las necesidades de un recién nacido y como atenderlas sobre todo porque es
prematureo. No se siente con experiencia para cuidar de sus dos hijas.

¿Solicita alguna información? Si ¿Cuál? Cuándo puede reiniciar las relaciones sexuales y por qué siente
dolor a la penetración.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: INTERCAMBIO

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Estado de Conciencia: Consciente.

Constantes vitales: Cardíaco: Frecuencia 80 x min., Rítmico, se percibe fácilmente.

Respiratorio: Frecuencia: 20 x min. Tensión Arterial: 100/60 mmHg Temperatura: 35.6 °C.

PIEL. Características de la piel: coloración, hidratación, cicatrices, estrías, varices, cloasma, etc. Especificar: Pálida, seca, fría. Mucosas orales secas. Con vesículas en grupos sobre una base eritematosa por debajo de la mama izquierda y parte de la escapula.

Edema: Si Clasificación: ++ Localización: Periné, se observa equimosis, asimismo presenta discreto edema palpebral

Venopunción: Si Localización: Miembro superior derecho, con indicación médica de retirar.

MAMAS:

Tipo de pezón: Formado Turgentes: Si Flácidas: No Galactorrea: Si Hipersensibilidad mamaria: No.

ABDOMEN:

Altura del Fondo Uterino: A nivel de la cicatriz umbilical. Involución uterina: Si Características de los loquios: Cantidad moderada, con restos de decidua, color rojo, olor a "carne cruda".

Otros datos: Peristaltismo intestinal disminuido.

TACTO VAGINAL:

Cérvix: Cerrado: Si

NUTRICIÓN:

Talla: 155 cm. Peso antes del embarazo: 40 kg. Peso antes del parto: 49 kg. Peso actual: 45 kg. IMC: 18.73 lo que indica bajo peso.

Dieta habitual: Consume de todos los grupos (proteínas, hidratos de carbono, leguminosas, lácteos), pero en muy baja cantidad, además de consumir sólo lo que le gusta y principalmente comida chatarra.

Número de comidas en 24 hrs: 2, desayuno y comida.

Cantidad de agua que acostumbra tomar en 24 hrs.: 2 vasos de agua, pero 3 litros de refresco.

Intolerancia alimentaria/alergias: No Alimentos que no le gustan: Hígado, cebolla, verduras verdes.

Uso de vitaminas. Acido fólico, Sulfato ferroso, vitaminas y Hierro.

Dieta indicada por el medico: Blanda, la cual no acepta en el desayuno porque dice no sentir apetito, solamente mucha sed.

ELIMINACIÓN:

Hábito intestinal: Por lo regular una vez al día, Pero desde hace 3 años algunas veces no evacúa por varios días. Actualmente no ha evacuado posterior al parto. Características: Formadas, duras y secas, color marrón.

Orina: Dos o tres veces al día. Características. Color amarillo

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: COMUNICACIÓN

Sabe leer: Si

Sabe escribir: Si

Dificultad para hablar: No

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: RELACIÓN

Con quién vive: Con su pareja, mamá, hija, abuela, 2 tías y una señora. La paciente es hija única de madre soltera, vive en unión libre desde hace 3 años. No. de integrantes en su familia: 8 personas.

Cambios en su actividad sexual: No.

Tiene facilidad para relacionarse con otras personas: Si, pero en el hospital se encuentra aislada (por el Herpes), además muestra tristeza.

Cómo canaliza las situaciones de tensión en este momento: Refiere que su mamá le "resuelve" los problemas. Su estado emocional influye en la relación intrafamiliar: No.

Tiene comunicación con sus familiares referente a sus problemas: Si, principalmente con su mamá.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: VALOR

Religión: Católica ¿Sus creencias les generan conflictos personales? No.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: ELECCIÓN

Acude a consulta medica: Si, para control prenatal ¿Cada cuando?: acudió cuatro veces.

Servicios de Salud a que tiene derecho: Gratuidad El embarazo fue planeado: No

Existe aceptación hacia el R. N. Si, se encuentra delicado en UCIN por prematuridad, bajo peso (2020 gr.) y apgar de 7/7. Presenta dificultad para relajarse, por la preocupación ante la responsabilidad del cuidado de sus hijas. No es capaz de tomar decisiones. Método de Planificación Familiar que utilizará: No sabe.

HIGIENE PERSONAL:

Baño: Si Frecuencia: Diario Cambio de ropa: Exterior: Cada tercer día Interior: Diario

Aseo Bucal: Si Frecuencia: 2 veces al día Aseo de manos antes y después de ir al baño: Si

Aspecto general con relación a su higiene: Cabello largo seco, con presencia de caries.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: MOVIMIENTO

¿Su estado actual limita su actividad física cotidiana para llevarlas a cabo?: Si, por el momento tiene dificultad para caminar y sentarse ocasionada por el dolor en periné.

¿Necesita ayuda para la deambulacion?: No Realiza rutina de ejercicio: No. Cada cuando: Nunca, porque se siente cansada, sin energía, refiere fatiga

Descansa durante el día: Si cuánto tiempo: 2 a 3 horas. Cuantas horas duerme durante la noche: 10 horas. Tiene dificultad para dormir: No. Pero durante la hospitalización solamente ha dormido 2 horas.

Estuvo en trabajo de parto durante 18 horas y no ha podido descansar, manifiesta cansancio pero no puede dormir, presenta ojeras, enrojecimiento de conjuntivas, bostezos (insomnio). ¿Se siente cansada al levantarse?: Si Utiliza algún medicamento para dormir: No

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: PERCEPCIÓN

Cual es el concepto que tiene de si misma: Se siente valiosa y aceptada en la medida que es delgada, porque sólo así se ve guapa, ya que durante el embarazo se sentía fea y gorda.

Se siente sensible ante todo después del parto: Un poco triste ya que su bebé nació antes de tiempo, con bajo peso y se encuentra delicada en UCIN. Además está preocupada, nerviosa porque no sabe como va a cuidar a dos niñas y principalmente por la prematurez de esta última. Su mamá ha cuidado de la otra niña desde pequeña. No se siente segura de poder hacerse cargo de sus dos niñas.

Cree que su estado emocional ha cambiado con el embarazo: No

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: SENTIMIENTO

DOLOR/MALESTAR-

La involución uterina le causa dolor (entuetos): Si. Siente mucho dolor por entuetos, en el periné por la episiorrafia y el Herpes.

La lactancia materna le causa molestias o dolor: No. Porque no tiene vinculo con su bebé, pero siente dolor por la congestión mamaria. Siente ansiedad: Si, Tipo: Moderada ¿Porque?: Por el dolor e incomodidad la cual se acompaña de inquietud, falta de confianza en sí misma, incapacidad para concentrarse.

ANEXO: ANOTE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE (no olvide anotar los rangos de referencia normales): No se le realizaron exámenes de laboratorio ni de gabinete.

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

1. Dieta blanda
2. Ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs.
3. Ampicilina 1gr VO c/6 hrs.
4. Acilovir 800 mg VO c/4 hrs.

2.2. ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS ACTUALES	DATOS HISTÓRICOS
Conocimiento			<ul style="list-style-type: none"> → Mujer de 18 años → Puerperio inmediato, 6 horas de evolución. → No tiene conocimiento sobre lactancia materna, ni sobre métodos de planificación familiar. → No conoce los signos ni síntomas de alarma durante el puerperio. → Pregunta cuándo puede iniciar las relaciones sexuales y porqué siente dolor a la penetración. 	<ul style="list-style-type: none"> → Escolaridad secundaria → Cuadros gripales durante el embarazo. → Abuela con DM → Menarca a los 14 años, con un ritmo irregular (60 x 2), → Gesta 2, → Para 2, → Episiotomías 2, → Periodo intergenésico de 1 año 3 meses. → FUM: 18-03-07 → Desconoce su grupo sanguíneo y el de su pareja.

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS ACTUALES	DATOS HISTÓRICOS
<p>Intercambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↔ FC: 80 por minuto ↔ FR: 20 por minuto ↔ Pulso: Rítmico, se percibe fácilmente. ↔ Tensión arterial 100/60 mm Hg ↔ Temperatura: 35.6°C ↔ Piel: pálida, seca, fría. Con vesículas en grupos sobre una base eritematosa por debajo de la mama izquierda y parte de la escapula. ↔ Mucosa oral seca ↔ Presenta caries dental. ↔ Presencia de galactorrea, mamas congestionadas. ↔ Fondo uterino a nivel de la cicatriz umbilical. ↔ Involución uterina ↔ Edema de ++ y equimosis en periné por episiorrafia. Edema palpebral. ↔ Loquios cantidad moderada, con restos de decidua, color rojo, olor sui generis. ↔ Peristaltismo intestinal disminuido (no ha evacuado posterior al parto) ↔ Talla: 1.55 m. ↔ Peso actual: 45 kg. ↔ IMC: 16.6 	<ul style="list-style-type: none"> ↔ Falta energía ↔ Dice no tener apetito únicamente mucha sed. 	<ul style="list-style-type: none"> ↔ Herpes Zoster activo. ↔ Venopunción en miembro superior derecho. ↔ Ayuno de más de 24 horas por trabajo de parto prolongado (18 horas). ↔ Dieta indicada: blanda. 	<ul style="list-style-type: none"> ↔ Peso antes del embarazo 40 kg. ↔ Dieta habitual: consume de todos los grupos (proteínas, hidratos de carbono, leguminosas y lácteos, verduras y frutas) pero en muy poca cantidad. ↔ Come sólo lo que le gusta y principalmente comida chatarra. ↔ Desayuno y comida. ↔ Poca ingesta habitual de agua 2 vasos si a caso pero mucho refresco 3 litros diarios. ↔ No le gusta el hígado, la cebolla y las verduras verdes (acelgas, verdolagas, etc.) ↔ Eliminación intestinal habitual, una vez al día, pero desde hace 3 años, en ocasiones dura varios días sin evacuar. ↔ Heces formadas, duras, secas, color marrón.

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS ACTUALES	DATOS HISTÓRICOS
Relación			<ul style="list-style-type: none"> ← Vive con su pareja, mamá, hija de 1 año tres meses, abuela, 2 tías y una señora (8 personas). ← Tiene facilidad para relacionarse. ← Se encuentra aislada por el Herpes Zoster. ← Tiene una buena relación con su pareja, aunque él no cuenta con un trabajo estable. 	<ul style="list-style-type: none"> ← Vive en unión libre desde hace 3 años. ← La paciente es hija única de madre soltera. ← Su mamá siempre le ha ayudado con la otra hija.
Elección			<ul style="list-style-type: none"> → Cuenta con gratuidad. → Hay aceptación hacia la recién nacida, que se encuentra delicada en ICIN por prematuridad, bajo peso (2020 gr.) y apgar de 7/7. → No sabe que método de planificación familiar utilizará. → Presenta dificultad para relajarse, indiferente ante la responsabilidad del cuidado de sus hijas. → No es capaz de tomar decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> → Acudió cuatro veces a consulta para control prenatal. → El embarazo no fue planeado. → Cambio de ropa interior diario, y exterior cada tercer día. → Aseo bucal 2 veces al día.

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS ACTUALES	DATOS HISTÓRICOS
Movimiento	<ul style="list-style-type: none"> ↔ Postura de cansancio ↔ Ojeras ↔ Enrojecimiento de conjuntivas. ↔ Bostezos ↔ Presenta limitación por la dificultad para caminar y sentarse ocasionada por el dolor en periné. ↔ Durante la hospitalización solamente ha dormido 2 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ↔ Se siente fatigada. ↔ Sin energía. 		<ul style="list-style-type: none"> ↔ Habitualmente no realiza rutina de ejercicio porque se siente cansada y sin energía. ↔ Durante el día descansa de 2 a 3 horas. ↔ Duerme 10 horas durante la noche, le es fácil conciliar el sueño, el cual es confortable. ↔ Al levantarse se siente cansada. ↔ Estuvo en trabajo de parto durante 18 horas.
Percepción		<ul style="list-style-type: none"> → Expresa temor, tristeza, preocupación nerviosismo e inseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> → “Se siente valiosa y aceptada en la medida que es delgada porque sólo así se ve guapa”. 	<ul style="list-style-type: none"> → Durante el embarazo se sentía fea y gorda.
Sentimiento	<ul style="list-style-type: none"> ← Dolor por la episiorrafia. ← Dolor por entuertos. ← Congestión mamaria ← Ansiedad moderada que se acompaña de inquietud, falta de confianza en sí misma e incapacidad para concentrarse. 			

2.3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Puerperio fisiológico inmediato.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Puerperio. Es el lapso de tiempo durante el cual el cuerpo se adapta tanto física como psicológicamente al proceso del nacimiento. Empieza justo después del parto y continúa durante cerca de 6 semanas o hasta que el cuerpo terminó su adaptación y regresó a un estado cercano al previo al embarazo. Inmediato, primeras 24 horas.

COMPICACIONES: Hemorragia postparto, Atonía uterina, Inversión uterina, Congestión mamaria

FUNCIONES INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

INDICACIONES MÉDICAS	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Ketorolaco 30 mg I. V. c/ 8 horas.	<ul style="list-style-type: none"> * Analgésico, opiáceo. Indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor. * AINE (Antiinflamatorio No Esteroideo). * Produce analgesia al aumentar el umbral al dolor en las neuronas periféricas del organismo. * Efectos colaterales: mareo, cefalea, sed, convulsiones, mialgias, meningitis aséptica, hipertensión. 	6 – 14 y 22 horas.	<ul style="list-style-type: none"> * Se revisan los 5 correctos de enfermería para la administración de medicamentos: * Paciente correcto * Medicamento correcto * Hora correcta * Dosis correcta * Vía correcta 	<ul style="list-style-type: none"> * No presenta reacción adversa a este medicamento. * Disminuye poco el dolor.
* Ampicilina 1gr. V. O. c/ 6 horas.	<ul style="list-style-type: none"> * Antibiótico del grupo de las penicilinas. Bactericida que inhibe la formación de la pared celular. * Efectos colaterales: náuseas, vómito y diarrea. 	6 – 12 – 18 y 24 horas.	* Antes de administrar el medicamento se analizan los 5 correctos y se le da una tableta con un vaso de agua. Además de comunicarle lo que es y para qué está indicado.	* Después de tomar el medicamento la paciente no presentó efectos colaterales.
* Aciclovir 800 mg. V. O. c/4 horas.	<ul style="list-style-type: none"> * Antivírico. Eficaz para el tratamiento de infecciones producidas por virus de la familia Herpesviridae: Herpes simple, varicela zóster. * Efectos colaterales: cefalea, vómito, letargia y depresión de la médula ósea. 	8 – 12 – 16 – 20 y 24 horas.	* Se le proporciona el medicamento sugiriéndole que lo tome con suficiente agua.	* No ha presentado ardor estomacal por los medicamentos vía oral.

FUNCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Monitorizar constantes vitales 2 veces por turno.	* Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales "cerebro, corazón y pulmones". Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.	8:00 y 12:00	* Se realiza técnica correcta de toma y registro de signos vitales. Usando un equipo exclusivo para la paciente por el riesgo de contagio.	* Los signos vitales se encuentran normales a las 8 y 12 horas consecutivamente: * T/A: 100/60 y 110/60 mm Hg, FC: 80 y 76 x min. * FR: 20 y 18 x min. * Temp: 35.6 y 36 °C
* Valorar el estado de las mamas por turno.	* La apariencia general de las mamas es lisa, pigmentación uniforme, cambios del embarazo aún aparentes, una puede verse más grande. A la palpación según el día de puerperio, pueden ser blandas, en proceso de llenado, llenas o ingurgitadas.	9:30	* Se observa en mamas color, tamaño. A la palpación se valora presencia de galactorrea, sensibilidad y calor.	* Las mamas se observan turgentes, pezones formados y presencia de galactorrea, la paciente no tiene vinculo con su bebé ya que éste se encuentra en UCIN.
* Estimular la micción una vez por turno.	* La vejiga llena de orina implica las contracciones involutivas del útero y ocasiona la induración de la altura uterina lo que conlleva a un aumento de la pérdida hemática.	7:00, 10:00 y 13:00	* Se alienta a la puérpera para que orine, se mantiene vigilancia cuidadosa palpando la vejiga en busca de distensión hasta que la mujer demuestre el vaciamiento completo.	* La paciente no presenta distensión, ha miccionado en 3 ocasiones durante el turno matutino, no fue necesario colocar bolsa de agua caliente en el abdomen.
* Valorar involución uterina por turno.	* La valoración de la localización del fondo uterino, consistencia del útero, características del sangrado transvaginal permiten determinar la eficacia del proceso de involución uterina.	9:00	* Se palpa el útero a la altura de la cicatriz umbilical. Después de que la paciente ha vaciado la vejiga. Se aplica masaje hasta que el útero esté firme.	* La consistencia del útero a la palpación tiene una consistencia dura, redonda y lisa (contraído) en involución. La paciente se mostró cooperadora.

<p>* Valorar el sangrado transvaginal y sus características (loquios) por turno.</p>	<p>* Durante los primeros uno a tres días los loquios deben ser rojo oscuro, de apariencia similar al flujo menstrual (loquios hemáticos). Son normales unos cuantos coágulos pequeños y se presentan por el acúmulo de sangre en la vagina. Los loquios nunca deben exceder una cantidad moderada, como cuatro a ocho toallas sanitarias al día, con un promedio de seis.</p>	<p>9:00</p>	<p>* Se observan las toallas sanitarias y se toma en cuenta la cantidad en 24 horas. Presenta loquios en cantidad moderada, hemáticos, con restos de decidua.</p>	<p>* La paciente hizo cambio de 3 toallas sanitarias, moderadamente manchadas durante el turno matutino.</p>
<p>* Efectuar control y balance de líquidos por turno.</p>	<p>* La medición de ingreso y egresos de líquidos así como su balance, se emplea para valorar el estado de hidratación de la paciente.</p>	<p>Durante cada turno</p>	<p>* Se registran ingresos y egresos de líquidos en la hoja de enfermería. * I = 1000 ml * E = 900 ml</p>	<p>* Ingresos: Sol fisiológica 250 ml, agua 650 ml, durante la mañana y 100 ml en una gelatina. Egresos: Micción 3 veces de 300 ml aprox. El balance es negativo.</p>
<p>* Orientar a la paciente y familiares sobre signos y síntomas de alarma que deben observar y referir.</p>	<p>* La socialización y comprensión de los signos y síntomas normales y de alarma en el puerperio puede ayudar a la familia y a la paciente a mejorar el cumplimiento del plan y a reducir riesgos.</p>	<p>Durante la valoración</p>	<p>* Se le informa sobre cuales son los signos y síntomas de alarma que deben observar y referir. En el sangrado transvaginal: cuando éste sea abundante, fétido y con presencia de coágulos. En mamas: si hay dolor o congestión.</p>	<p>* Se mantiene atenta.</p>

COMENTARIO:

Los signos vitales se mantienen en límites normales. La señora refiere mayor comodidad al final del turno matutino. No hubo necesidad de hacer algún cambio, en las intervenciones de enfermería. El bienestar físico de la madre se ve favorecido cuando se mantiene una valoración del estado del útero y de los signos vitales en forma regular y con la administración de medicamentos según sea necesario.

La evaluación en el puerperio permite que la enfermera afine o modifique el plan de atención con base a su efectividad y los cambios en el estado de la paciente. La evaluación tiende a ser el paso que más se da por hecho en el proceso de enfermería; sin embargo, la enfermera no puede proporcionar una atención de calidad sin determinar si sus intervenciones fueron efectivas. En esta etapa del puerperio inmediato la enfermera tiene un rol muy importante ya que a través de los cuidados que proporciona, identifica oportunamente complicaciones. Además educar a la madre sobre los signos y síntomas de alarma que se presentan con más frecuencia, ayuda a que esta participe activamente sobre su autocuidado.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición, menor de la requerida, relacionada con aporte nutricional habitual inadecuado, manifestado por gusto por mantenerse delgada, bajo peso en relación a su talla (40 kg. antes del embarazo, 49 al momento del parto y 45 kg actualmente y una talla: 1.55 m.), falta de energía, cansancio, debilidad.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Alteración de la nutrición: estado en el que un individuo que no está a dieta absoluta experimenta una reducción de peso en relación con una inadecuada ingesta o metabolismo de nutrientes.

RESULTADO ESPERADO: La señora C. manifestará verbalmente la importancia de mantener una alimentación adecuada e identificará las porciones necesarias para su talla y edad y lograr mantenerse en el peso ideal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Fomentar la educación nutricional	* La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos. Las costumbres y la situación económica, influyen en la aceptación o rechazo de algunos alimentos. * Para un funcionamiento metabólico adecuado, el cuerpo necesita los adecuados carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, electrolitos y oligoelementos.	12:30	* Se le explica la importancia de consumir cantidades adecuadas de nutrientes y se le da información sobre las fuentes de proteínas que pueden ser para ella más aceptables.	* Se le observa atenta, demostrando interés.
* Proporcionar información sobre las funciones de los nutrientes y que puede apoyarse mediante suplementos vitamínicos y complementos alimenticios.	* La ingestión de alimentos básicos (leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales) en cantidad suficiente de acuerdo con el peso, sexo, edad, talla, actividad y estado fisiológico, favorece una buena nutrición. * Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos. La nutrición está determinada por edad, actividad y estado fisiológico. La distribución uniforme de las calorías totales a lo largo del día.	12:30	* Se le explica el funcionamiento de los carbohidratos, proteínas y grasas. Las cantidades adecuadas para su edad y talla. Se le proporciona una lista de clasificación sencilla del plato del buen comer que contiene, los tres principales grupos de alimentos: 1. Frutas y verduras. 2. Cereales y tubérculos. 3. Leguminosas	* De vez en cuando se distrae, ya que piensa que la responsable de su alimentación es su mamá, la cual se encuentra presente.

			y alimentos de origen animal.	
* Enseñar medidas higiénicas en los alimentos.	* El aseo general, y en especial el de las manos, uñas y el peinado, son medidas higiénicas que evitan y disminuyen la transmisión de gérmenes patógenos.	12:30	* Se le hace una demostración de cómo debe hacer un lavado de manos correcto. La importancia de las uñas cortas y el peinado, en el momento de cocinar. Además de lavar de desinfectar frutas y verduras.	* Le resultó divertido, ya que lo ve como un juego.
* Ofrecer una alimentación equilibrada en cantidad y calidad.	* Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.	12:30	* Se revisa la dieta antes de ofrecerla a C. para ver si contiene todos los elementos de una dieta balanceada, lo cual contribuye para iniciar orientación tomando como ejemplo su dieta.	* Fue favorable que se contara con una dieta balanceada por parte del servicio de dietas por lo cual se utiliza como un ejemplo adecuado para la orientación.
* Mencionar la importancia del ejercicio	* La actividad física, ayuda a quemar calorías y por consecuente facilita el adelgazamiento. * Hay que explicar que el ejercicio habitual provoca un aumento de la masa muscular y el músculo puede ser un aumento del peso de la báscula.	12:30	* Se le describe el grado de actividad que de acuerdo a su edad ella puede desarrollar, para quemar calorías como: ejercicio aeróbico, bailar, jugar, nadar, o la simple caminata por medio de un paseo diario, aumentando progresivamente la distancia y el ritmo. Es muy bueno para mantenerse en forma, evitar enfermedades y sentirse bien física y emocionalmente.	* Refiere que es necesario mantenerse delgada para mantenerse saludable haciendo ejercicio, pero llevando una buena alimentación ya si no es así, no se tiene la suficiente

				energía para el ejercicio.
* Control de peso cada 15 días.	* Después del parto, el peso disminuye, esto seguido de una reducción adicional muy rápida durante las primeras semanas, conforme el útero recupera su tamaño normal, se liberan líquidos de los tejidos y la volemia vuelve a lo normal. Es importante evaluar el peso ideal de la madre para su estatura, ya que en este caso era bajo.		* Se le indica que debe pesarse cada 15 días para corroborar la ganancia o pérdida de peso.	

EVALUACIÓN:

La señora C. expresa de manera verbal los beneficios que puede tener la alimentación saludable, y sobre todo el ejercicio para mantenerse “guapa”, pero da la impresión de que no está completamente motivada para llevar a cabo un programa nutricional acerca de la dieta adecuada, ejercicios y actividades que fueron planificados exclusivamente para ella y que le ayudarán a mantenerse en su peso ideal, ya que todo lo ve como un “juego” y no le da la importancia que en realidad tiene.

Hay que comentar que a menudo, la desnutrición en la adolescencia se ve afectada por la moda y el modelo de mujer que presentan en la televisión y las revistas afirmando que entre más delgada es la persona más bella se ve, lo cual es el ideal de todo adolescente, sin reflexionar sobre los efectos que produce la desnutrición en su desarrollo y aprendizaje. Estar desnutrido significa que existe desequilibrio entre los nutrientes ingeridos y los que se requieren para que un individuo se desarrolle normalmente. Este padecimiento aparece por etapas, pues en un principio genera cambios en los valores de sustancias nutritivas contenidas en sangre y, posteriormente, ocasiona mal funcionamiento en órganos y tejidos.

Las enfermeras deben estar realmente comprometidas en el cuidado de la persona con este problema, ya que además de brindarle orientación sobre los nutrientes adecuados, se debe trabajar en la parte psicológica ya que considero que también cursa por una baja autoestima, ya que lo único de le importa es estar delgada para sentirse aceptada por su pareja. Esto con la finalidad de que las adolescentes tomen conciencia de su bienestar.

La alimentación durante el embarazo constituye un factor de vital importancia para la correcta formación, crecimiento y desarrollo neurológico del bebé. Una alimentación racional en esta etapa fisiológica de la vida femenina es la mejor ayuda para prevenir alumbramientos prematuros e incluso problemas ligados al desarrollo del recién nacido como puede ser la disminución de peso o de talla, menor resistencia a las infecciones, así como al equilibrio emocional y la recuperación corporal después del parto. Por estos motivos, resulta importantísimo alimentarse de manera adecuada durante el embarazo y vale la pena el esfuerzo de cumplir con los siguientes principios nutricionales:

- Cada comida cuenta para el bienestar del bebé.
- Consuma calorías provenientes de comidas que realmente alimenten.
- No ayune ni elimine comidas.
- Prefiera los alimentos ricos en proteínas y bajos en grasas.
- Prefiera los alimentos naturales frescos en lugar de procesados.
- Aunque los carbohidratos engordan, no deben ser eliminados de su dieta.
- Limite su consumo de azúcar refinado.
- Es más fácil mantener una dieta sana cuando la siguen todos los miembros del grupo familiar.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor, relacionado con episiorrafia y entuertos, manifestado por expresión verbal y limitación para el movimiento.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Dolor. Estado en el que un individuo experimenta y se queja de una molestia grave o una sensación desagradable.

RESULTADO ESPERADO: La señora C. manifestará verbalmente la disminución del dolor en periné y podrá realizar sus actividades de autocuidado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Aplicar frío (bolsa con hielo) en el periné cada 4 horas.	* El frío produce vasoconstricción y con ello pasa de líquido intersticial al espacio vascular, además inhibe la proliferación bacteriana y disminuye la conducción de los impulsos dolorosos.	9:30	* Se le aplica un guante con hielo en el periné. Se le informa sobre el mecanismo de acción del frío y la influencia del estrés en la percepción del dolor.	* El dolor disminuyó. Se observa atenta e interesada por cada información que se le da
* Colocar a la paciente en posición prona.	* Los entuertos se originan por las contracciones uterinas intermitentes. Las multíparas, con frecuencia presentan molestia conforme el útero se contrae en forma intermitente. La posición prona aplica presión al útero y, por tanto, estimula las contracciones. Cuando el útero mantiene una contracción continua los entuertos cesan.	8:30	*	* No se realizó la actividad.
* Mantener a la paciente en reposo relativo durante el turno.	* El reposo relativo disminuye las sensaciones de malestar que provienen del periné al realizar movimientos.	7:00 a 14:00 horas	* Se le invita a que camine por el pasillo y que acuda al sanitario cuando así lo desee.	* Lleva a cabo la actividad pero se quedó dormida y al despertar manifestó bienestar.

* Registrar en la hoja de enfermería datos de valoración, acciones emprendidas y respuesta de la paciente.	* Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera.	En cada turno.	* Se registran todos los datos y acciones emprendidas y respuesta de la paciente, en la hoja de enfermería.	* Se llevó a cabo de acuerdo al orden de las actividades de cada turno.
--	---	----------------	---	---

EVALUACIÓN:

Cuando el bienestar está alterado, la persona manifiesta incapacidad para relacionarse, comer, dormir, caminar, es decir todo su ser está alterado. En la señora C. disminuyó la sensación de dolor y pudo realizar sus actividades de autocuidado.

La actividad número dos no fue posible que se llevara a cabo, sin embargo es un cuidado esencial que no debe pasarse por alto y se debe sugerir a la paciente que se acueste en posición prona con una pequeña almohada bajo la parte inferior del abdomen e informarle que tal vez la molestia se intensifique durante cerca de cinco minutos, pero luego disminuirá o desaparece por completo.

Al determinar desde el inicio de la entrevista si la paciente experimenta dolor se debe intervenir en ese momento para proporcionar alivio. Una valoración completa del dolor incluye todas las características del mismo, pero sobre todo identificar cuales son las estrategias que le sugiera la enfermera.

Para poder continuar con las intervenciones planeadas es indispensable aliviar el dolor del paciente para que tenga ánimo y disposición en la educación y aprendizaje.

El dolor en ocasiones es inevitable. Cada individuo experimenta y expresa el dolor a su manera, utilizando diversas técnicas socioculturales de adaptación. Todo dolor es real, cualquiera que sea su causa. El dolor puramente psicógeno es raro, al igual, que el puramente orgánico. La mayoría de los dolores corporales son una combinación de sucesos mentales (psicogénicos) y estímulos físicos (orgánicos). La tolerancia al dolor es la duración e intensidad de éste, que un individuo está dispuesto a soportar. La tolerancia difiere según los individuos y puede variar según la situación. Los estudios han demostrado que el cerebro humano segrega endorfinas, que tienen propiedades opiáceas que alivian el dolor. Su liberación puede ser responsable de los efectos positivos de los placebos y de las medidas no agresivas de alivio del dolor.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad moderada relacionado con el desconocimiento del cuidado de su hija, manifestado por insomnio (ojeras, bostezos, edema palpebral) postura de cansancio, fatiga y debilidad, inquietud, sequedad de boca, falta de confianza en sí misma, incapacidad para concentrarse.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Ansiedad: Estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

RESULTADO ESPERADO: La Sra. C referirá un aumento en su nivel de bienestar fisiológico y psicológico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Proporcionar seguridad y bienestar.	* La paciente al expresar sus preocupaciones a la enfermera podrá sentirse escuchada, aceptada y confiada en el ambiente hospitalario, con lo que se reduce el componente emotivo del dolor.	Durante su estancia en el servicio.	* Se le brinda confianza para crear un ambiente confortable y seguro. Y se le anima para que exprese sus preocupaciones.	* La paciente expresa preocupación porque no sabe como va a cuidar a sus dos niñas y se siente un poco triste porque su bebé nació prematura, con bajo peso y se encuentra en UCIN.
* Disminuir el estrés con la escucha activa.	* Al escuchar a la paciente permitimos que externe sus sentimientos reduciendo así su estrés.	Durante su estancia en el servicio	* Se conserva una actitud de interés y respeto mediante la escucha activa, se le permite que hable sin interrupción y se le reorienta hacia la realidad cuando se cree oportuno.	* Al entrevistar a la paciente manifestó confianza y pudo expresar su preocupación por su bebé: "No se siente segura de poder hacerse cargo de sus dos hijas".
* Enseñar técnicas de relajación	* La relajación por cualquiera de sus métodos origina sensaciones de bienestar que proporcionan el descanso y el sueño. Los ejercicios de relajación disminuyen el estrés y por ende la tensión muscular.	10:00	* Se le enseña a respirar profundamente y al mismo tiempo tensar y soltar los músculos desde la cabeza hasta los pies, para conseguir la relajación.	* Se relaja y se duerme. Se puede hacer uso de música instrumental tranquila. Se le deja en su cama abrigada y con la puerta cerrada

EVALUACIÓN:

La señora C. logró dormir dos horas seguidas y expresó mayor bienestar. El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita el crecimiento celular y la respiración de los tejidos corporales dañados por la edad. Después de haber descansado, la paciente se mantuvo interesada en las actividades planeadas para mantener estilos de vida más saludables.

La valoración adecuada de la adaptación psicológica de la madre es una parte integral de la evaluación puerperal. Este examen se enfoca en la actitud general de la paciente, sus sentimientos de competencia, sistemas de apoyo disponibles y habilidades para brindar atención. También valora su nivel de fatiga, sensación de satisfacción y capacidad para cumplir sus tareas de desarrollo. A menudo la fatiga es un factor importante en la falta aparente de interés de la madre. Con frecuencia la mujer está tan cansada por un trabajo de parto y parto prolongados que todo parece ser un esfuerzo. Los cambios en las funciones y las mayores responsabilidades ocasionan tensión para la nueva madre. La discusión abierta de los sentimientos sólo es posible si la enfermera de puerperio estableció una relación cálida y de apoyo con la mujer. Después del periodo de dependencia la madre se preocupa mucho por su capacidad para ser una madre exitosa. Es vital la intervención hábil de una enfermera con la confirmación continua de que la mujer es una madre exitosa. Durante este periodo la madre es más receptiva a la enseñanza y la instrucción y la demostración con tacto le ayuda a comportarse en forma efectiva. Es vital proporcionar un ambiente de apoyo.

Toda enfermera está obligada a tener conocimientos sobre los beneficios que el sueño confortable produce, y los efectos que trae la privación de éste. Durante el sueño REM, hay una profunda relajación muscular, actividad mitótica de la médula ósea, y reparación de los tejidos y síntesis de las proteínas. El sueño REM se produce, aproximadamente, 4 o 5 veces durante la noche, y es esencial para la sensación de bienestar. El sueño REM es instrumental al facilitar la adaptación emocional; una persona necesita sustancialmente más sueño REM después de periodos de aumento del estrés o de aprendizaje. La deprivación del sueño da como resultado el deterioro de la función cognitiva (memoria, concentración, juicio) y de la percepción, reduce el control emocional, aumenta las sospechas, la irritabilidad y la desorientación.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de la piel y mucosa en periné, peligros ambientales (ambiente hospitalario), falta de información para el cuidado de la salud y limitaciones para el movimiento.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Riesgo de infección: El estado en el que un individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patógeno (virus, hongos, bacterias, protozoos y otros parásitos) de origen externo.

RESULTADO ESPERADO: La señora C. Identificará los cuidados que debe tener con el periné, señalará los signos y síntomas de infección. Realizará cuidados para la prevención de infección en el periné.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Valorar el estado de la episiorrafia por turno.	* La valoración de la paciente permite estimar la respuesta inflamatoria en el periné posterior a la herida quirúrgica; así mismo la observación permite detectar y distinguir en forma oportuna las características de una herida quirúrgica limpia y las de una contaminada.	9:30	* A la observación del periné se corrobora que no hay presencia de signos ni síntomas de infección (rubor, calor ni salida de secreción).	* Presenta edema de ++ y equimosis en periné. Al tacto refiere dolor.
* Monitorizar temperatura cada 4 horas.	* El centro termorregulador se puede afectar por la destrucción tisular y la respuesta inflamatoria con liberación de sustancias pirógenas dentro de la sangre, lo cual produce una infección.	8:00 y 12:00	* Se lleva a cabo toma de temperatura axilar la cual se mantiene entre 35.6° C y 36 ° C.	* La paciente pidió que se le enseñara a leer el termómetro.
* Asistir a la paciente durante el baño de regadera una vez al día	* El baño de regadera permite el arrastre mecánico de microorganismos patógenos, además el agua tibia produce vasodilatación y relajación lo cual proporciona bienestar.	9:00	* Se le asiste durante el baño de regadera, manteniendo su privacidad.	
* Realizar aseo del periné después de cada evacuación.	* El arrastre mecánico del agua y el efecto bactericida del jabón en el aseo del periné permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección.	9:00	* Juntamente con el baño se realiza esta acción de aseo del periné. Y se le dice que al evacuar debe limpiarse de adelante hacia atrás.	* Se mantiene limpio durante el turno.

* Asegurar un medio ambiente limpio.	* La unidad del paciente en condiciones óptimas de limpieza disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias.	9:00	* Se realizó cambio y tendido de cama al inicio del turno.	
* Informar a la paciente sobre los cuidados que debe tener en el periné y sobre los signos y síntomas de infección.	* La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conductas que resulten benéficos para la salud.	9:30	* Se le explica la importancia sobre los cuidados que debe tener en el periné. * Se le enseña a detectar signos y síntomas de infección. Como es el olor fétido, color, salida de liquido (pus), elevación de la temperatura.	* Después de la explicación, la señora demostró haber aprendido al mencionar los cuidados que debe tener en el periné y los signos y síntomas de infección.

EVALUACIÓN:

La señora C. no presenta signos ni síntomas de infección. Es capaz de identificar los cuidados que debe tener y los lleva a cabo bajo mi supervisión para la prevención de infecciones.

La actuación por parte de la enfermera en la educación y promoción de la salud es sumamente importante, ya que la información que se le proporciona a la persona le ayudará a evitar enfermedades prevenibles o detectarlas oportunamente, así como implementar estilos de vida saludables. La participación activa del aprendiz ayuda al proceso de la memorización y facilita la adquisición de los conocimientos. La retención de la información o de cualquier otro aprendizaje es más estable si las experiencias de aprendizaje fueron eficaces y es más estable si el ego se mantuvo alto. La motivación es un requisito para el aprendizaje óptimo: Es más fácil el aprendizaje cuando el individuo ve la relación entre lo que está aprendiendo y sus necesidades y problemas personales, si un individuo es capaz de reconocer o experimentar por sí mismo lo que puede hacer, es más probable que el aprendizaje sea eficaz. La educación eficaz proporciona el conocimiento suficiente para cubrir muchas de sus propias necesidades de salud y buscar ayuda si es necesario.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre: puerperio, cuidados al recién nacido, lactancia materna, métodos de planificación familiar y sexualidad relacionado con falta de oportunidades previas de aprendizaje (asistió a sólo 4 consultas prenatales) manifestado por necesidad de información, insatisfacción con la propia capacidad para manejar los cuidados.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Déficit de conocimientos. Estado en el que un individuo experimenta una deficiencia en el área cognoscitiva o en las habilidades psicomotoras con respecto a su estado o tratamiento.

RESULTADO ESPERADO: La señora C. conocerá y aplicará los cuidados generales que debe tener durante el puerperio, así como los cuidados al recién nacido en el hogar mediante la orientación y educación por parte de la enfermera.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
<p>* Educar a la paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El puerperio y sus complicaciones. ● Cuidados al recién nacido en el hogar. ● Lactancia materna. ● Métodos de planificación familiar. ● Sexualidad. 	<p>* Si la paciente comprende el proceso fisiológico del puerperio y sus posibles complicaciones se animará a seguir los cuidados para conservar la salud.</p> <p>* El conocimiento de los cuidados al recién nacido, así como la técnica de lactancia materna ayudará a la integración del vínculo materno y dará seguridad a la paciente.</p> <p>* La orientación sobre planificación familiar permite a la paciente y su pareja determinar el número de hijos que desean y la distancia entre los embarazos.</p> <p>* Hablar sobre sexualidad permite disipar las dudas de la paciente acerca de la reanudación de la actividad sexual.</p>	<p>Durante el turno</p>	<p>* Se brinda educación a la paciente por medio de carpetas educativas, las cuales contienen imágenes para que sea más atractivo e interesante el tema. Además para facilitar su aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se le obsequian trípticos y folletos para que se lleve la información a casa. ● Se hace la demostración de la técnica de lactancia y de baño al recién nacido. ● Se le entregan algunos preservativos. 	<p>* El tema de sexualidad es algo importante para ella, ya que hace algunas preguntas con respecto al coito sexual.</p> <p>* Por su estancia corta en el hospital, solamente se le dio información sobre lactancia materna y métodos de planificación familiar.</p>

* Canalizar a la paciente al servicio de planificación familiar.	* Identificar el lugar a donde acudir para obtener el método de planificación familiar deseado, evita confusiones y retrasos en su empleo.	Al alta.	* Se canaliza a la paciente al servicio de planificación familiar. Indicándole el lugar exacto para que solicite la consulta.	* Por el momento solamente desea usar el preservativo.
--	--	----------	---	--

EVALUACIÓN:

La señora C. mostró poca disposición a la enseñanza en las primeras horas del puerperio, por el trabajo de parto prolongado que presentó. La enfermera debe buscar siempre el momento más oportuno para brindar una educación a los pacientes ya que se corre el riesgo de que factores externos no permitan que se lleve a cabo con efectividad la vinculación enseñanza aprendizaje. Planificar las actividades de educación y promoción en los periodos de mayor confort siempre que sea posible.

Otro factor importante fue el corto tiempo de la instancia hospitalaria ya que solo se lograron dar los temas descritos en el plan de cuidados, y no se logró dar la demostración de los procedimientos de Lactancia materna ni baño al Recién Nacido, ya que no hay vinculo materno porque ella se va de alta y la bebé se queda en UCIN.

La falta de conocimientos no representa una respuesta humana, una alteración, ni un patrón de disfunción, sino un factor etiológico o concurrente. La falta de conocimiento puede contribuir a un diversidad de respuestas, por ello es importante observar la habilidad y disposición del paciente para aprender. El aprendizaje es mejor cuando los pacientes están motivados y atentos a los puntos más importantes de los que hay que aprender. La enfermera debe auxiliarse de materiales de aprendizaje los cuales deben ser cortos y tener ilustraciones adecuadas. Los folletos son una fuente útil para ofrecer información. Además la demostración de alguna técnica garantiza el aprendizaje, al pedirle a la persona que lo realice, que repita la técnica, o las instrucciones que se le explican. La demostración es más eficaz enseñando estrategias que la verbalización.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con la historia de ausencia de evacuaciones en varios días y limitación del movimiento manifestado por peristaltismo intestinal disminuido y no ha evacuado posterior al parto.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Estreñimiento: Estado en el que el individuo experimenta una éxtasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces secas y duras.

RESULTADO ESPERADO: La señora C. presentará una evacuación de consistencia blanda, no dolorosa en 24 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
* Verificar la presencia de distensión abdominal, flatulencia y esfuerzo para defecar por turno.	* La distensión abdominal es una afección en la que el abdomen se siente lleno y apretado. Las causas comunes son: deglución de aire (un hábito nervioso), estreñimiento o exceso de gases en el intestino.	8:30	* Se palpa y percute el abdomen, se le pregunta si ha expulsado flatulencias y si tiene necesidad de evacuar y no puede.	* Se observa nerviosa. No existe presencia de distensión abdominal, no ha expulsado gases y manifiesta que no siente necesidad de evacuar.
* Corroborar la ingesta de líquidos, dieta blanda y rica en residuos durante el horario de comida.	* La ingesta de líquidos y la dieta adecuada y completa y bien balanceada, promueven la consistencia blanda de las heces, se digiere fácilmente y los alimentos ricos en fibra estimulan el peristaltismo.	8:00 y 13:00	* Se ofrece su dieta blanda, en el desayuno y normal en la comida, la cual es rica en proteínas, frutas y verduras frescas, sin pelar y agua de jamaica.	* Solamente ingirió un vaso de agua durante el desayuno. La señora no desea nada solamente quiere dormir. En la comida ingiere todo con agrado.
* Animar a la señora durante la deambulacion 2 veces por turno.	* Caminar 30 minutos al día, estimula la motilidad del intestino grueso. Es por esta razón que las personas encamadas, o que no pueden andar suelen presentar estreñimiento.	8:30 y 13:30	* Se estimuló y asistió a la señora durante la deambulacion.	* Estuvo muy disponible y platicadora. No presentó mareo.

* Proporcionar 500 ml. de líquidos orales calientes por turno	* El aumento en la ingesta de líquidos reduce la incidencia del estreñimiento y los líquidos calientes estimulan el peristaltismo.	Durante la mañana	* Se dan 400 ml líquidos claros y una gelatina.	* Es notorio que no le gusta mucho beber agua, comenta que le hace falta su refresco.
* Enseñar ejercicios que aumenten el tono de los músculos abdominales.	* El ejercicio ayuda a estimular la motilidad normal de los intestinos. La contracción voluntaria de los músculos de la pared abdominal ayuda a expulsar las heces. El colon posee movimientos de peristalsis que conducen el contenido intestinal hacia el ano.	11:30	* Se realiza el conjunto de los ejercicios de las extremidades, además se le recomienda hacerlo cuando crea conveniente durante el día durante unos 5 a 10 minutos. Asimismo la contracción de los músculos abdominales.	* Le causa gracia y un poco de vergüenza.
* Aprender las características del material expulsado después de la evacuación.	* Se deben vigilar las características, ya que la paciente puede no identificar el tipo de evacuación, además se prevé con anterioridad el estreñimiento.		* Se le indica que debe avisar a la enfermera cuando haya evacuado, para que observe la consistencia de las heces.	* No presenta evacuación durante el turno matutino.
* Informar a la señora sobre las causas del estreñimiento y sus manifestaciones para así prevenirlo.	* La educación es la base para que se modifiquen patrones de conducta y se propicie el autocuidado. Los alimentos ricos en fibra estimulan el peristaltismo, aumentan la masa fecal y facilitan la absorción de agua favoreciendo la formación de heces firmes, blandas y bien formadas.	11:30	* Se da información a la señora sobre el estreñimiento y sus manifestaciones y se brinda educación para que ingiera alimentos ricos en fibras mayor cantidad de líquidos y que realice de 3 a 4 comidas al día.	* Expresa que no le gusta comer verduras verdes.

* Explicar que la hora de la defecación debe formar parte de la rutina diaria.	* La persona debe ser capaz de apreciar la necesidad de evacuar y de establecer una rutina para ir al baño. Es conveniente intentar defecar después de la comida y que puede ser necesario permanecer en el baño durante el tiempo conveniente.	11:30	* Se le orienta que todos los días no olvide que tiene que evacuar de preferencia en un mismo horario.	*
--	---	-------	--	---

EVALUACIÓN:

La señora C. aún no ha evacuado, ha ingerido líquidos calientes y su dieta; deambula por momentos y el peristaltismo intestinal se ha incrementado; por lo tanto se prevé que por la tarde evacúe. Las intervenciones descritas previamente se deben continuar en el hogar. El estreñimiento continuado puede conducir a la obstrucción intestinal, que constituye una urgencia médica.

Si la persona consume una dieta sana con frutas y verduras, y bastantes raciones de alimentos con grano integral, la fibra soluble e insoluble que contengan los alimentos evitarán el estreñimiento de manera natural. La enfermera debe saber que la administración de fibra sin dar líquidos suficientes empeora el estreñimiento. El reflejo que causa la urgencia para defecar disminuye después de unos pocos minutos y puede permanecer adormecido durante varias horas; a consecuencia de ello, las heces se endurecen y se vuelven más difíciles de expulsar, por esta causa se debe aconsejar a la persona que responda rápidamente al reflejo de defecación.

2.4. CONCLUSIONES

Como profesional de enfermería es importante reconocer que cada ser humano es “único” por lo tanto cada una de sus necesidades llegan a ser muy específicas de ese individuo. La realización adecuada del proceso atención de enfermería influyó en la evolución favorable de la paciente; por lo que se concluye que el proceso atención de enfermería representa un valioso instrumento de trabajo, que junto a una atención médica de calidad, constituyen los planes fundamentales en que se sustenta la atención integral de los pacientes en cualquier nivel de atención.

El proceso atención de enfermería fue creado con el propósito de poder brindar un mejor servicio a los pacientes y de poder prevenir problemas futuros. Sin embargo, se ha ido olvidando la vital importancia de la buena elaboración del PAE. Como profesionales de enfermería deberíamos de enfatizar el uso del PAE y poder nosotros mismos ponerlo en práctica.

En la práctica diaria se muestra que en ocasiones la enfermera carece de una serie de conocimientos específicos relacionados con el cuidado de enfermería que le permitirá conocer y desarrollar mejores métodos para solucionar problemas y, consecuentemente, lograr mejores resultados con la puesta en práctica del PAE.

La fase de diagnosticar en el proceso de enfermería es percibida como una tarea difícil por exigir, de la enfermera, habilidades y conocimientos teóricos y prácticos, para garantizar cuidados de calidad, centralizados en el paciente, la familia y en la comunidad.

Por otra parte, la esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actualización las necesidades humanas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar, siempre a través de los diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidados. Por tanto, la Enfermería como profesión humanística también se realiza en apego estricto a valores, que se han fortalecido desde la ética universal, desde su propia historia, pero más recientemente por la contribución específica de sus teorías y método universal de la enfermería profesional, que han puesto de relieve la necesidad de vivir valores éticos, estéticos y sociales, que como virtudes humanas pueden ejercerse en nuestra profesión, tales como: honestidad, veracidad, responsabilidad, justicia, autoestima, afecto, amabilidad, disciplina, colaboración, compromiso, creatividad, dinamismo, discreción, disposición, compromiso, ecuanimidad, iniciativa, lealtad, observación, paciencia, percepción, pulcritud, reflexión, servicio y solidaridad; las que se constituyen en atribución de egreso de una formación profesional sólida, más que en requisitos de ingreso a la vida del trabajo.

2.5. SUGERENCIAS

Sugiero ejercitar de manera razonada, en nuestro quehacer cotidiano en la vida laboral, profesional y personal, las siguientes virtudes:

La virtud de la *prudencia* que facilita la reflexión adecuada antes de enjuiciar cada situación y la consecuencia de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias favorables de tomar una decisión, y luego actúa o deja de actuar de acuerdo conforme a lo decidido.

La *fortaleza*, resistiendo las influencias nocivas, soportando incluso circunstancias que se viven como desagradables, lo que implica una entrega con valentía, influir positivamente y vencer las dificultades.

La *justicia*, asumiendo la necesidad de un esfuerzo para dar a los demás lo que es debido de acuerdo a nuestra función social y responsabilidad profesional y en respeto a sus derechos. El acto justo comprende tres aspectos: Alteridad, Derecho e Igualdad. La *Alteridad* significa, ponerse en el lugar del otro, como lo afirma Virginia Henderson. El *Derecho* es la entrega inexcusable de algo debido. La *Igualdad* es dar lo que es adecuado a todos sin distinción, entre lo que se debe ofrecer y lo que se entrega.

La *responsabilidad*, que es asumir las consecuencias de nuestros actos intencionados o no, resultado de las decisiones que tome, deje de tomar o acepte.

El *respeto*, que se traduce en actuar o dejar de actuar, procurando no perjudicar ni a sí mismo ni a los demás, de acuerdo a sus derechos, su condición y sus circunstancias.

La *lealtad*, que implica aceptar los vínculos explícitos o implícitos en adhesión a otros –amigos, jefes, familia, pacientes, instituciones, gremio-, de tal modo que refuerza con carácter y protege con devoción, el significado y la trascendencia de los vínculos, y a lo largo del tiempo los valores que ambos representan.

Laboriosidad, disposición consciente para cumplir diligentemente las tareas profesionales que nos corresponden, aunque no se encuentren precisadas en un contrato laboral porque se comprenden en nuestro contrato social con la humanidad. Nos implica cumplir con gusto actividades necesarias para lograr el cumplimiento de su trabajo y de los demás deberes inherentes al rol profesional.

La *paciencia*, es decir, soportar las circunstancias con serenidad.

La *sociabilidad*, atributo imprescindible para llegar a ser enfermera, en tanto se aprovecha y se crean cauces adecuados para relacionarse con distintas personas y grupos, consiguiendo

comunicarse bien, a partir del interés y preocupación que mostramos por lo que son, por lo que dicen, por lo que hacen, por lo que piensan y por lo que sienten.

La invitación es a redescubrir la *filosofía* de nuestra profesión, a repensar y reconceptualizar Enfermería como Arte y Ciencia Humanística, a profesores, alumnos y enfermeras profesionales en general, en tanto que nos corresponde preservar la mística y acrecentar el valor de nuestra profesión.

2.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONAMED, Recomendaciones para mejorar la atención en Enfermería, México, D. F., junio 2009.
2. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, primera edición, México, diciembre 2007.
3. CIE. La definición de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>. Consultado en marzo de 2005.
4. Sánchez B. Identidad y Empoderamiento de la profesión de Enfermería. Avances en Enfermería 2002; 20(1):22-32.
5. Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. Rol de Enfermería 1993; 178:43-50.
6. García M-C C., Martínez M. M. L., Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero, Harcourt, Madrid, 2001, pág. 214.
7. Díaz A. P., Mézcua N. S., Canales M. J., Romero G. P. J., Manual Cuarto de Enfermería Vol. I, cuarta edición, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2006, pág. 155.
8. Zueras B. P., universidad panamericana <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>
9. <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/antecedentes/indexant.htm>
10. Marriner T. A., Raile A. M., Modelos y teorías en enfermería, Cuarta edición. Harcourt, Madrid-Barcelona, 1999. pp 55-64
11. Carpenito L., Diagnósticos de enfermería, 9ª edición, McGraw-Hill interamericana, México, 2002.
12. Rodríguez S. B. A., Proceso Enfermero, 2ª edición, Cuellar, Guadalajara, Jal., junio del 2002.
13. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S., Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, Elsevier España, Madrid, 2004.
14. Alfaro L. R., Aplicación del Proceso Enfermero, 4ª edición, Masson, Barcelona 2002.
15. Ackley B. J., Ladwig G. B., Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados, 7ª edición, Elsevier Mosby. Madrid. España 2007.
16. Wilkinson J. M., Ahern N. R., Manual de diagnósticos de enfermería, 9ª edición, Pearson prentice Hall, Madrid, España 2008.
17. Olds S., London M., Ladewig P., Enfermería materno-infantil, 4ª edición, McGraw-Hill interamericana, México, 1997.
18. Potter P., Perry A., Fundamentos de enfermería vol. I, 5ª edición, Elsevier Mosby, Madrid, España 2002.
19. Nordmark M. T., Rohweder A. W., Bases científicas de la enfermería, segunda edición en español, editorial El manual moderno, México, D. F., 2001, pág. 483-488

20. Mondrangón C. H., Gineco-obstetricia elemental, quinta reimpresión, Trillas, México, junio 2005, pág. 9-20
21. Ramírez A. F., Obstetricia para la enfermera profesional, El manual moderno, México, D. F. 2002, pp. 219-228
22. Isaacs D. La educación de las virtudes humanas y su evaluación. Narrativa: Universidad de Navarra; 2003.
23. REVISTA CONAMED, VOL. 13, Suplemento 1, 2008
24. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Thomson PLM, Edición 49, México 2006.
25. Smeltzer S. C., Bare B. G., Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Vol. I, 10ª edición, McGraw-Hill, México, D. F. 2004.
26. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000100003&script=sci_arttext
27. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>
28. <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/1353/embarazo.htm>
29. http://apuntesenfermeria.iespana.es/apuntes_htm/la_mujer_en_el_puerperio.htm
30. <http://www.cucs.udg.mx/licenciaturaenfermeria/index.php?Id=29>
31. http://usic13.ugto.mx/enfermeria/marco_referencia1.htm
32. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_5.htm
33. <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1033&canal=>

CAPITULO III

ANEXOS

3.1. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN

El concepto de alteración de la nutrición designa la deficiencia o exceso, ya sea relativo o absoluto, de uno o más nutrimentos esenciales. Esto se manifiesta en forma de desnutrición (consumo insuficiente de alimentos o calorías) o de nutrición excesiva (ingestión excesiva de calorías).

Las deficiencias nutricionales específicas surgen cuando el aporte de un nutrimento esencial es insuficiente o cuando hay desproporción entre los diversos nutrimentos. Son ejemplos de esto las deficiencias proteínicas y las avitaminosis (deficiencia de vitaminas). Los déficits de energía que causan lesiones celulares surgen cuando son insuficientes la glucosa u oxígeno necesarios para transformar dicha sustancia en energía.

DESNUTRICIÓN

Definición

Deficiencia de nutrientes que generalmente se asocia a dieta pobre en vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas, alteraciones en el proceso de absorción intestinal, diarrea crónica y enfermedades como cáncer o sida. Este padecimiento se desarrolla por etapas, pues en un principio genera cambios en los valores de sustancias nutritivas contenidas en sangre, posteriormente, ocasiona disfunción en órganos y tejidos y, finalmente, genera síntomas físicos con el consecuente riesgo de muerte.

Cabe destacar que hay periodos de la vida en los que se tiene mayor predisposición a padecer desnutrición, como infancia, adolescencia, embarazo, lactancia y vejez, siendo el primero el que puede dejar severas secuelas, por ejemplo, disminución del coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje, retención y memoria, escaso desarrollo muscular e infecciones frecuentes. Esto último representa una de las principales causas de mortalidad, ya que el déficit de nutrientes altera las barreras de inmunidad que protegen contra el ataque de gérmenes.

Desnutrición primaria

Se presenta debido a insuficiente consumo de alimentos, ya sea por carencia de recursos económicos, dietas rigurosas o anorexia.

Desnutrición secundaria

Su aparición se debe a que los alimentos ingeridos no son procesados por el organismo de manera adecuada debido a que diversas enfermedades interfieren con la digestión, entre dichos trastornos se encuentran infecciones crónicas, insuficiencia cardíaca, deficiencias enzimáticas a nivel intestinal, alteraciones en hígado, colitis, parasitosis, diabetes mellitus, cáncer o sida.

Desnutrición de primer grado

Agrupación a personas cuyo peso corporal representa del 76 a 90% del esperado para su edad y talla; en estos casos se consumen las reservas nutricionales pero el funcionamiento celular se mantiene en buen estado.

Desnutrición de segundo grado

El peso corporal se encuentra entre 61 y 75% del ideal, y quienes la sufren tienen agotadas sus reservas de nutrientes, por lo que en el intento por obtener energía lesionan a las células.

Desnutrición de tercer grado

El peso corporal es menor al 60% del normal; las funciones celulares y orgánicas se encuentran sumamente deterioradas y se tiene alto riesgo de morir.

Marasmo

Estado grave que se caracteriza por ocasionar decaimiento del organismo debido a inadecuado aporte de calorías y proteínas, el cual deriva en excesiva pérdida de peso, tumefacción de piel y tejido subcutáneo, hundimiento del abdomen, temperatura baja, pulso lento y diarrea.

Kwashiorkor

Síndrome resultante de intensa deficiencia de proteínas que se presenta al seguir dieta insuficiente en cantidad o calidad de alimentos y al padecer problemas de absorción de nutrientes; suele ocasionar edema generalizado, dermatitis escamosa, debilitamiento, pérdida del pigmento capilar, aumento en el tamaño del hígado, retraso del crecimiento y mayor riesgo de contraer infecciones.

Causas

- Mala alimentación, principalmente durante la infancia, adolescencia, embarazo, lactancia y vejez, lo que se asocia a inadecuada selección de comestibles, religión, preferencias, enfermedades, desconocimiento y bajos recursos económicos.
- Seguir dietas rigurosas durante periodos prolongados.
- Anorexia y bulimia.
- Padecer cáncer o sida.
- Infecciones.
- Diarrea crónica.
- Defecto de absorción en el intestino ocasiona que los nutrientes contenidos en los alimentos no sean aprovechados; este trastorno puede tener como causa enfermedades

crónicas en sistema digestivo, riñón, corazón, pulmones, páncreas y alteraciones en el metabolismo.

- Alcoholismo en grado avanzado propicia que se desatienda la alimentación.
- Dieta vegetariana, ya que no aporta todos los nutrientes que el organismo necesita.
- En ancianos las causas de desnutrición incluyen problemas en el estado de ánimo que los vuelven inapetentes, disminución del sentido del gusto y olfato, pérdida progresiva de las piezas dentales y dificultad para preparar los alimentos.
- Algunos fármacos pueden estar implicados, ya sea porque disminuyen el apetito, distorsionan el sabor de la comida, ocasionan molestias estomacales o alteraciones del ritmo intestinal.

Síntomas

- Pérdida excesiva de peso.
- Palidez.
- Hundimiento o abultamiento del abdomen.
- Pómulos salientes.
- Agotamiento.
- Falta de memoria.
- Frío en manos y pies.
- Falta de crecimiento.
- Resequedad en la piel; generalmente se observan fisuras en párpados, labios y pliegues de codos y rodillas.
- Caída del cabello, el cual se torna seco y cambia su coloración.
- Sensación de plenitud y pesadez después de comer en forma ligera.
- Menstruación irregular o desaparición de la misma.
- Edema.
- Pérdida de masa muscular.
- Alteraciones en coagulación sanguínea y sistema inmunológico.
- Si existe desnutrición severa el paciente tendrá los dedos de manos y pies fríos y azulados debido a trastornos circulatorios.
- Uñas delgadas y frágiles.
- Latidos cardiacos acelerados.
- Continuas infecciones en vías respiratorias.
- Raquitismo y anemia.

Diagnóstico

- Se considera la historia alimenticia del paciente y se realiza valoración médica, la cual incluye mediciones de peso, talla (índice de masa corporal) y pliegues cutáneos.
- Se solicitan análisis clínicos de sangre y orina (como absorción de la D-xilosa o albúmina), los que indican el grado de deficiencia de vitaminas, proteínas y minerales.
- Un dato de laboratorio muy importante para determinar si un paciente tiene desnutrición es el valor de proteínas en sangre, por ejemplo, albúmina (principal proteína que circula en nuestro organismo).

Prevención

- Procurar que el régimen alimenticio incluya vitaminas, proteínas, lípidos, minerales y carbohidratos en forma balanceada, lo cual puede apoyarse mediante suplementos vitamínicos y complementos alimenticios; es fundamental que estas medidas se fortalezcan y vigilen estrechamente durante infancia, embarazo, lactancia y vejez.
- La adolescencia es una etapa crítica de crecimiento y adquisición de hábitos alimenticios vitalicios, por lo que la valoración y el análisis nutricionales son críticos. Las adolescentes representan un riesgo nutricional especial porque el consumo de hierro, folato y calcio se encuentra por debajo de los niveles recomendados.
- En el recién nacido es primordial el consumo de leche materna, ya que cuenta con los nutrientes que le permitirán desarrollarse de manera normal y crear defensas; en caso que la madre no pueda alimentarlo, el pediatra recomendará fórmula láctea que le proporcionará al pequeño adecuada alimentación.
- Si pretende someterse a método de control de peso es indispensable acudir al nutriólogo, ya que este especialista tiene la capacidad de diseñar régimen dietético adecuado a cada persona, con lo que se evitará sufrir descompensaciones.
- Quienes padecen diabetes, sida o cáncer deben cumplir de manera estricta su tratamiento y comer en forma balanceada para reducir el riesgo de padecer desnutrición.

Intervenciones de enfermería

- El plan de acción para la intervención nutricional se basa en los resultados de la valoración de la dieta y perfil del paciente. Para ser efectivo el plan debe satisfacer las necesidades del paciente en lo que se refiere a una dieta equilibrada, mantener o controlar el peso, y compensar el incremento de las necesidades nutricionales.
- En desnutrición de primer y segundo grados debe seguirse dieta balanceada, completa y variada, de fácil digestión, agradable y sencilla de ingerir.

- En desnutrición de tercer grado se deben introducir los alimentos en forma gradual, asegurar aporte de carbohidratos, proteínas, ácidos grasos esenciales (omega 3), vitaminas, minerales y oligoelementos.
- En ambos casos se puede recurrir a multivitamínicos, suplementos alimenticios y alimentos fortificados.
- La falta de memoria y concentración pueden mejorar al administrar productos de venta libre indicados para incrementar la capacidad de atención, concentración y retención.
- Para disminuir la fatiga es recomendable recurrir a productos que contengan ginseng.
- Si hay resequedad en la piel se sugiere el uso de cremas humectantes.
- Cuando la desnutrición es muy severa, es necesario que la persona sea hospitalizada para que le proporcionen tratamiento y cuidados que en casa son imposibles de administrar.

3.2. ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Órganos genitales externos

Vulva. Conjunto de los órganos genitales externos de la mujer. La vulva se caracteriza por estar húmeda permanentemente, lo cual es causado por las secreciones vaginales y de las glándulas cutáneas.

Monte de Venus. Prominencia que se localiza delante de la sínfisis del pubis, constituida por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello; forma un triángulo de base superior.

Labios mayores. Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta; parten del monte de Venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido celular y conectivo y parte del ligamento redondo; asimismo, están recubiertos por piel resistente, pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

Labios menores. Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal, ya que unen en sus partes anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clítoris y el prepucio. Estas formaciones se atrofian en la posmenopausia, debido a la disminución hormonal.

Clítoris. Órgano homólogo del pene, de 1 a 2 cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpo cavernoso) que se fija al periostio del pubis, y provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo).

Vestíbulo. Espacio comprendido entre los labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Meato urinario. Orificio en forma de hendidura, por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por epitelio transicional.

Glándulas de Skene. Son dos, cada una se encuentra a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario, y producen moco que lubrica al vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

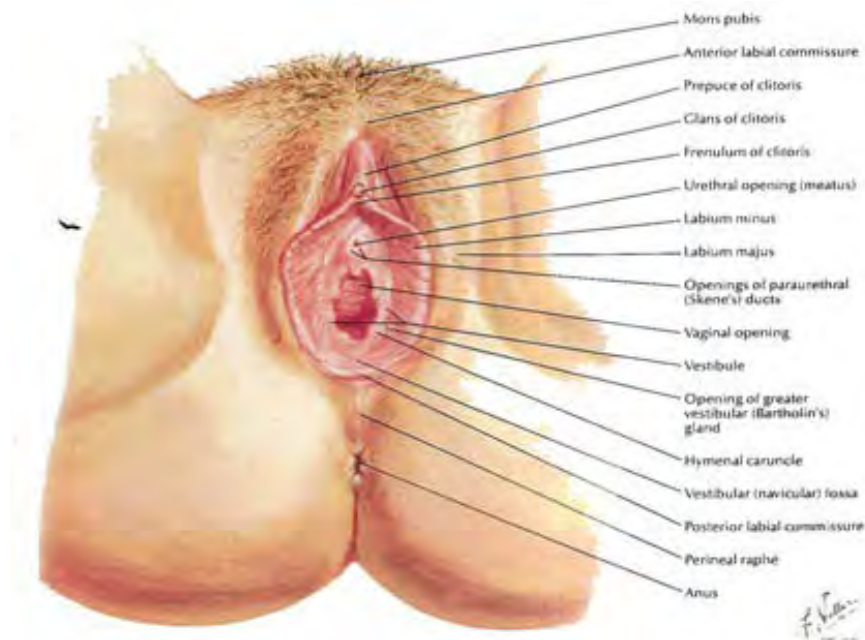
Glándulas de Bartholin. En número de dos, se ubican tanto en los labios menores como en la pared vaginal, y desembocan en el introito. Con la mucosidad que producen, lubrican la vulva y la

parte externa de la vagina. Cuando se infectan, se obstruye la luz del conducto y generalmente se producen abscesos (bartholinitis).

Himen. Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan con el nombre de carúnculas mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal.

Horquilla vulvar. Así se llama al lugar donde se une los labios mayores con los menores, en la parte posterior de la vulva.

Periné. Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; está básicamente constituido por los músculos transversos del periné y el bulbocavernoso. Se ve afectado con frecuencia por el traumatismo que ocasiona el parto.



Órganos genitales internos

Vagina. Conducto virtual musculo membranoso que se extiende de la vulva al útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto por su cara posterior.

Funciones y dirección. Sirve como: a) conducto excretor del útero (menstruación, secreciones); b) órgano de la cópula, y c) conducto del parto. Su dirección es curva de afuera hacia dentro y de abajo hacia arriba. Mide entre 8 y 10 cm de longitud; es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero y forma los fondos de saco (anterior, posterior y laterales). Se encuentra constituida por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en

su sitio mediante los ligamentos cardinales o Mackenrodt y el músculo elevador del ano. Es el órgano de la cópula y sirve como canal en el parto; además protege a órganos internos contra infecciones. Por poseer un pH entre 4.5 y 5, constituye un medio inadecuado para el desarrollo de gérmenes.

Útero. Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis. Piriforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la cual se inserta en su parte cervical, de modo que deja una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm de longitud por 5 a 6 cm de ancho en la parte fúndica. Se mantiene en su sitio gracias a sus ligamentos de sostén. Tiene cierto grado de movilidad y puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión.

Partes anatómicas del útero. Para estudiar al útero, éste se divide en tres partes anatómicas: a) cuerpo o parte superior; b) istmo, entre el cuerpo del útero y la cérvix, que es la zona donde se adelgaza y forma una depresión, y c) cérvix o parte inferior.

Capas anatómicas del útero. El útero está constituido por tres capas anatómicas: externa, media e interna.

Externa (serosa o peritoneo). Cubre todo el cuerpo, con excepción hecha de la parte anteroinferior, o sea, la que se encuentra relacionada con la vejiga.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los ligamentos de sostén del útero: a) ligamentos redondos; b) ligamentos uterosacros; c) ligamentos cardianels o de Mackenrodt, y d) ligamentos anchos.

Media (muscular o miometrio). Es la capa más gruesa y resistente (mide entre 12 y 15 mm de espesor); está formada por fibras musculares lisas, largas (mide entre 40 y 90 μ de longitud) dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico, constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes que se disponen en tres capas. En la capa interna, próxima al endometrio, predominan fibras longitudinales. En la capa media, la cual tiene numerosos vasos sanguíneos, las fibras son circulares y oblicuas; a su vez, la capa externa, subserosa y muy delgada, tiene fibras longitudinales.

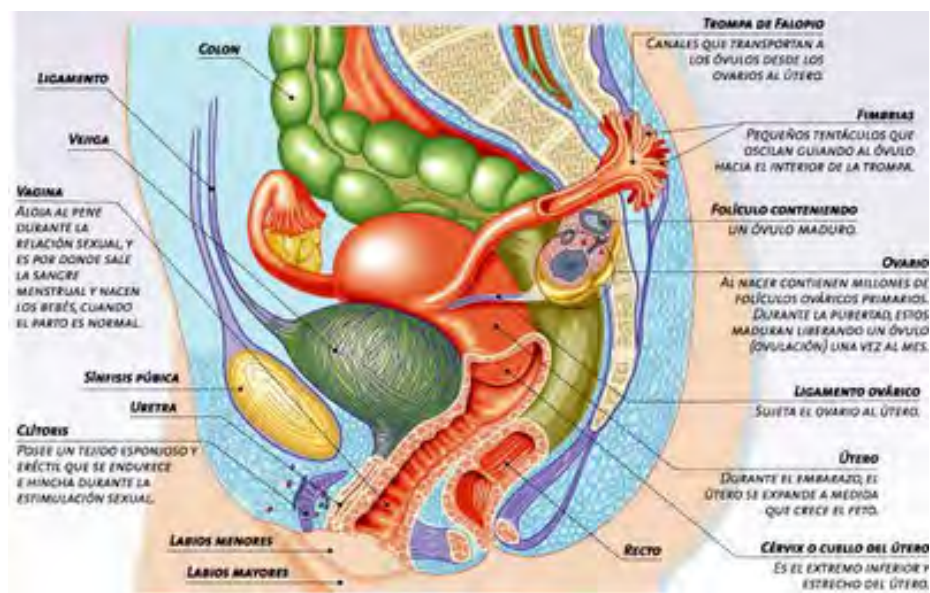
Interna (endometrio). Esta capa, que reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal y, al desprenderse, da lugar a la menstruación. El endometrio está formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos, unidos por tejido conectivo.

Istmo. Es la zona que se adelgaza y forma una depresión entre el cuerpo uterino y la cervix. Desempeña una importante función en obstetricia al formar parte del segmento uterino.

Cérvix. De forma cilíndrica, la cervix mide 3 cm de longitud, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal. La porción externa o ectocérvix está revestida por epitelio plano estratificado, no cornificado que con frecuencia es asiento de tumores y que se continúa con la endocérvix, provista de un epitelio cilíndrico columnar, de bajo del cual hay glándulas mucosas revestidas por el mismo epitelio. El estroma se encuentra constituido por tejido muscular liso, tejido fibroso denso con elementos vasculares, linfáticos y algunos nervios.

Trompas de Falopio. Su recorrido va desde el ángulo superoexterno del útero hasta situarse libre encima del ovario. Su función principal es transportar el ovocito, fecundado o no, hasta la cavidad uterina. Se distinguen 3 zonas: intramural o intersticial en contacto con el útero, ístmica y ampular donde se produce la fecundación.

Ovarios. Tienen la misión de producir óvulos o gametos y la secreción de hormonas: estrógenos, progestágenos y andrógenos. Permanecen activos desde la menarquía hasta la menopausia. Compuesto por 2 zonas: capa cortical y capa medular. En la capa cortical están los folículos que constituyen la dotación germinal. En la capa medular hay células hiliares.



Pelvis

Formada por 2 huesos coxales, el sacro y el cóccix.

Internamente está dividida en dos partes por línea innominada: la pelvis mayor con las vísceras abdominales y la pelvis menor, verdadera u obstétrica.

El sacro consta de 5 vértebras: en la primera está el promontorio, prominencia que se forma al articularse con la última vertebra lumbar.

El cóccix tiene la facultad de poder retropulsar hacia atrás en el momento del parto, para así ampliar los diámetros de la pelvis.

La arcada pubiana la constituyen el borde inferior de ambos pubis y ramas isquiopubianas.

En la pelvis menor se distinguen 3 zonas:

- Estrecho superior. Es el límite superior de la pelvis menor. Los diámetros más importantes son: el conjugado obstétrico o promonto retropúbico que va del promontorio a la cara posterior del pubis y el diámetro transversal máximo.
- Excavación.
- Estrecho inferior.

Mamas

Están situadas en el tórax, sobre los músculos pectorales. Su principal función es la secreción láctea. Para que esta se lleve a cabo son necesarias tres fases: mamogénesis (crecimiento y desarrollo mamario), lactogénesis (secreción láctea) y lactopoyesis (mantenimiento y transporte de la leche).

3.3. FISIOLÓGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

El ciclo genital femenino tiene una duración media de 28 días, aunque se considera normal entre 21 y 35 días. Se divide en 3 fases: hemorrágica o menstrual, proliferativa y secretora. El día que comienza el sangrado menstrual lo consideramos el día 1 del ciclo. Entre los días 1-3 tiene lugar la menstruación o fase hemorrágica. A partir del día 4 comienza la fase proliferativa, que durará hasta la ovulación, el día 14 del ciclo, y a partir de ahí comienza la fase secretora, que terminará cuando comience la fase menstrual del siguiente ciclo.

Hormonas hipotalámicas

El hipotálamo produce GnRH (Hormona Reguladora de la secreción de las Gonadotropinas FSH y LH). Esta GnRH hipotalámica estimula en la hipófisis la producción de las gonadotropinas (LH y FSH). La liberación se produce de manera pulsátil, de tal forma que los pulsos lentos sobreestiman FSH, los rápidos sobreestiman LH.

Oxitocina. Hormona que se sintetiza en el hipotálamo y se almacena en la hipófisis. La acción principal la ejerce sobre el útero gravídico, produciendo contracción de la fibra muscular. Asimismo juega un papel importante en la expulsión de la leche durante la lactancia.

Hormonas hipofisarias

Cuando la GnRH llega a la hipófisis anterior (adenohipófisis), estimula la producción de FSH y LH.

- **FSH:** estimula el crecimiento de folículos en la capa granulosa del ovario y la producción de estrógenos.
- **LH:** estimula la zona del ovario llamada teca, que produce andrógenos. El pico de LH estimula la ovulación.

Prolactina. Hormona hipofisaria, cuya acción fundamental es actuar sobre la mama desencadenando la lactancia. Unos niveles altos de prolactina inhiben la secreción pulsátil de la GnRH, dando lugar a anovulación.

Hormonas ováricas

Estrógenos. Se producen básicamente en el ovario desde la menarquía hasta la menopausia. También se producen, pero en menor cantidad, en las suprarrenales y en la grasa (por un proceso de aromatización). Durante la gestación, la placenta es el principal productor de estrógenos.

Progestágenos o Gestágenos. Hormona ovárica entre cuyas funciones destacan la maduración del endometrio, preparación de las mamas para la lactancia y elevación de la temperatura corporal a partir de la ovulación. En el miometrio de la mujer gestante reduce la contractilidad de las fibras miometriales y disminuye la cantidad de moco cervical. Durante la gestación, es la placenta quien los produce.

Andrógenos. Hormona ovárica, secretada principalmente por el tejido estromal generado por las células de la teca. No intervienen en el ciclo ovárico ni endometrial.

Ciclo uterino

- **Fase proliferativa:** se produce un crecimiento glandular en el endometrio uterino, provocado por el estímulo estrogénico.
- **Fase secretora:** se produce la maduración de las glándulas y el estroma endometrial, debido a la producción de progesterona y también de estrógenos. Al final de esta fase, si no ha habido fecundación, se producirá la secreción de este tejido endometrial.

Ciclo ovárico

Los ovarios contiene aproximadamente unos 500 000 folículos primordiales cuyo desarrollo está inhibido durante la infancia. En la pubertad empieza a funcionar el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal con secreciones pulsátiles de GnRH que va a estimular el inicio del desarrollo de los folículos. Sólo 400 de ellos llegarán a ovular a lo largo de la vida fértil de la mujer. El ciclo ovárico tiene 2 fases:

- **Fase folicular:** La FSH estimula el desarrollo de varios folículos primordiales que se convierten en primarios.

El folículo primario está formado por el ovocito o célula germinal y una capa de células de granulosa engrosada por acción de esta hormona. Entre ambos hay una cavidad central rellena de líquido que se llama antro.

Varios folículos primarios se convierten en secundarios, cuya capa de granulosa, ya muy desarrollada, segrega estrógenos (el más importante el 17 β estradiol). Solo un folículo secundario llegará a convertirse en folículo terciario o de De Graaf, los demás se convertirán en folículos atrésicos.

El folículo de De Graaf tiene una zona de acumulación de células de granulosa que se proyectan hacia el interior del antro. Dentro de esta acumulación se sitúa el ovocito. El grupo

de células que, por un lado, forman cuerpo con la capa de granulosa y por el otro extremo hacen relieve en el antro, se denomina disco ooforo. La hilera de células de la granulosa que están en contacto inmediato con el ovocito se llama corona radiada. Entre el ovocito y la corona radiada existe la membrana pelúcida.

A continuación, por acción de la LH, tiene lugar la ovulación. Se rompe la pared del folículo para permitir la salida del ovocito y así poder ser fecundado.

- **Fase lútea:** El folículo de De Graaf se transforma en cuerpo lúteo o amarillo y sus capas de teca segregan progesterona en espera de una posible fecundación del ovocito. Si esto es así, se convertirá en cuerpo lúteo gravídico y continuará la secreción de progesterona. Si no hay fecundación se transforma en cuerpo albicans y cesa la secreción de progesterona. Por privación hormonal se producirá la menstruación.

3.4. GESTACIÓN

Fecundación

Es la unión del óvulo y el espermatozoide, que normalmente se produce en el tercio externo de la trompa (porción ampular); se llama conjugación cuando el espermatozoide penetra en el óvulo. La dotación cromosómica del óvulo es de 22 cromosomas más uno sexual que es el cromosoma X, siendo por tanto su dotación 22X, y la del espermatozoide es 22 más uno sexual, que puede ser X (dotación 22X) y dará lugar a una mujer, o Y (dotación 22Y), que dará lugar a un varón. El tiempo que tiene un óvulo para ser fecundado está entre 20 y 30 horas. Este proceso dará lugar a un huevo fecundado, que circula por la trompa durante 3-4 días hacia la cavidad uterina, dando al 6º-7º día se produce la nidación.

Nidación o implantación

Es la penetración del huevo en la mucosa uterina, a partir de la cual se produce el desarrollo embrionario y fetal. La nidación puede darse de manera patológica a nivel extrauterino (gestación ectópica), generalmente en las trompas y más raramente a nivel abdominal o cervical, en cuyo caso la gestación no es viable y constituye una urgencia ginecológica.

Placentación

Al cabo de aproximadamente una semana de la nidación o implantación, una de las capas del huevo, el trofoblasto, prolifera rápidamente e invade la decidua envolvente. Al proseguir la invasión del endometrio, los vasos sanguíneos maternos son perforados, las vacuolas citoplasmáticas se fusionan para formar lagunas mayores, originándose de este modo la placenta. La inserción de la misma se produce generalmente en la mitad superior del útero, cara anterior o posterior. Entre sus funciones se puede destacar el intercambio de sustancias nutritivas y de oxígeno, vertiendo hacia ella los productos del metabolismo fetal (estos intercambios se realizan de manera que la sangre fetal y la sangre materna no están nunca en contacto directo), y su actuación como glándula endocrina: las principales hormonas que fabrica son progesterona, estrógenos, Gonadotropina Coriónica (HCG) y lactógeno placentario (HPL). La HCG aumenta mucho hasta la décima semana de gestación, se elimina por la orina y es la clave para las pruebas de gestación, que nos permiten el diagnóstico precoz de la misma con un análisis de orina. La determinación de la fracción beta-HCG en sangre es más sensible que en orina. Todas estas hormonas, al margen de funciones específicas, son necesarias para el mantenimiento y desarrollo fetal.

Membranas ovulares

El corion y el amnios, que son las capas externas de la placenta, se prolongan formando una bolsa que contiene al feto, que está unido a la placenta-madre a través del cordón umbilical.

Líquido amniótico

Es el líquido que ocupa la cavidad amniótica. Evoluciona en constitución y volumen a lo largo de la gestación. El valor del pH es de 7. Contiene básicamente proteínas, glucosa y urea; al final del embarazo puede contener lanugo, escamas epiteliales y restos de glándulas sebáceas. La cantidad aumenta progresivamente a lo largo del embarazo, de 40-50 ml hasta 1000-1200 ml a las 36-38 semanas. El elemento más importante de su constitución es el agua. Entre sus funciones están la protección fetal, la maduración pulmonar y eliminación de catabolitos fetales. Obstétricamente cualquier alteración de la cantidad de líquido en relación a la edad gestacional o del color, que ha de ser de claro, nos puede indicar la presencia de situaciones patológicas. Así, unas aguas teñidas por la presencia de meconio nos indicarán una sospecha de sufrimiento fetal por hipoxia.

Se renueva cada 3 horas aproximadamente. Esta secreción y reabsorción esta regulada por la deglución y micción fetal. El polihidramnios se puede relacionar con malformaciones digestivas y más frecuentemente con atresia de esófago y el oligoamnios se relaciona con malformaciones renales.

Duración del embarazo

Es el tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto, siendo su duración media normal de 280 días o 40 semanas a partir del primer días de la última regla. La estimación de la fecha probable de parto también se puede calcular a partir de la fórmula de Naegele, en la que la fecha probable de parto se calcula descontando 3 meses del primer día de la última regla y añadiendo 7 días. Si la mujer no tiene ciclos de 28/30 días, deben efectuarse correcciones a este cálculo y apoyarse en los datos del test de embarazo positivo y la ecografía transvaginal del primer trimestre.

3.5. PARTO PERMATURO

Se considera que parto prematuro es el nacimiento del producto con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, que tiene un peso al nacer, mayor de 500 g pero menor de 2500 g.

Esta cronopatía del embarazo es especialmente importante debido a que a ella se deben más de 50% de las muertes perinatales, siendo también muy importante la morbilidad que afecta al recién nacido prematuro. Su frecuencia se encuentra en un promedio de 4 a 15%.

Factores de alto riesgo

Antecedentes de partos prematuros. Este antecedente eleva la frecuencia de parto prematuro en el embarazo actual, hasta el 18%.

Gestación múltiple.

Intervención quirúrgica abdominal.

Polihidramnios y oligohidramnios severos.

Antecedentes de abortos en el segundo trimestre.

Infección bacteriana sistémica aguda.

Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Diabetes mellitus no controlada.

Factores de riesgo intermedio

Inserción baja de placenta.

Metrorragia después de la semana 16.

Biopsia cervical en cono.

Malformaciones y tumores uterinos, incompetencia istmicocervical.

Infecciones renales, de vías urinarias o ambas.

Edad inferior a 16 años.

Insoimmunización maternofoetal a grupo o factor Rh.

Alcoholismo y tabaquismo positivo, se ha visto que la hipoxemia materna condiona placentas pequeñas, desprendimiento placentario y rupturas prematuras de membranas. Esto también acontece en las tomadoras de café y en las toxicómanas.

Factores de bajo riesgo

Todos los factores aumentan ligeramente el riesgo de trabajo de parto prematuro:

Estado socioeconómico bajo.
Edad de 16 a 20 años o mayor de 40.
Estatura inferior a 1.50 m.
Intervalo menor de dos años entre gestación y gestación.
Abortos repetidos en el primer trimestre.
Trabajo extenuante.
Fibromas uterinos.
Presentación pélvica después de la semana 30.
Enfermedad cardiovascular o renal crónica.
Falta de atención prenatal, viajes, embarazo no deseado.
Anemia, con hemoglobina menor de 11 g.

3.6. PUERPERIO FISIOLÓGICO

Puerperio. Es la etapa del estado gravídico puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

Este periodo dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas aquellas modificaciones que se presentaron en el embarazo en el parto van a desaparecer.

Las modificaciones del puerperio se dividirán en modificaciones generales y modificaciones locales.

MODIFICACIONES GENERALES

Las modificaciones generales son todas aquellas modificaciones anatomofuncionales que se presentan en el organismo de la mujer púérpera, exceptuando el aparato genital.

En lo que se refiere al **metabolismo**, en los primeros días del puerperio existe una elevación del nitrógeno sanguíneo por la gran destrucción de tejidos que se presenta en el área genital, con el consiguiente aumento del catabolismo y elevación del nitrógeno.

La mujer púérpera, sobre todo la que está amamantando, presenta una disminución de las **grasas sanguíneas**, ya que ellas intervienen en la composición de la leche materna.

Los **hidratos de carbono**, están aumentado en los dos primeros días del puerperio, pero luego rápidamente, recuperan sus niveles sanguíneos normales.

En el parto, la mujer púérpera sufre una pérdida de peso de 4 a 4.5 kg y en los días posteriores continua perdiendo peso paulatinamente, pero raras veces recupera su peso pre-gravídico, ya que desafortunadamente y sobre todo en nuestro medio, la mujer siempre se queda con unos quilogramos adicionales que al irse sumando en cada embarazo (por falta de ejercicio, exceso de alimentación, dieta mal balanceada, etc.) hace que al final de su vida reproductiva, la mayoría queden con 10 a 15 o más kilogramos de sobrepeso, en relación con el peso que tenían antes de sus embarazos. Desde luego, que esta pérdida de peso que sufre la mujer púérpera, es tanto de peso somático como de líquido extracelular; es decir, va desapareciendo la hidremia circulatoria.

En general, la **temperatura** de la mujer púérpera es de 36.5 a 37 °C; es decir; un temperatura normal. Pero en las primeras 24 h del puerperio se puede presentar una elevación térmica hasta

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

En la **piel** de la mujer puérpera en las primeras horas del puerperio, se aprecia una diaforesis marcada, que le sirve al organismo para eliminar en parte, la hidremia circulatoria, que tenía durante el embarazo. Más adelante, va a disminuir la hiperpigmentación que la mujer presenta en algunas partes de su organismo, como la cara, los pezones, los genitales externos, las cicatrices, etc. Inclusive las estrias de mamas y abdomen van a ir perdiendo su color morado y en el transcurso del tiempo serán blanco nacaradas y así quedarán permanentemente.

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

A nivel de las **articulaciones**, sobre todo en las pélvicas, va a ir retrocediendo lentamente el reblandecimiento gravídico, sin embargo, la mujer puede quejarse de cierto dolor en el pubis, por el traumatismo del parto.

En el **aparato cardiovascular**, el corazón rápidamente retoma su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón. En las primeras 24 hrs puede presentarse bradicardia y bradisfigmia, que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa por predominio del parasimpático. A este vagotonismo parece contribuir la descompresión brusca que sufren los plexos nervioso y vasculares del abdomen, y el gran flujo de sangre que existe hacia esos plexos abdominales, de tal manera que la sangre fluye súbitamente en gran cantidad y de esta manera circula en menor cantidad por la víscera cardiaca y por el resto de los territorios periféricos del sistema circulatorio.

En los **vasos venosos**, disminuye la insuficiencia venosa, la intensidad de las varices, pero lo que no disminuyen son las hemorroides; por el contrario, se inflaman y desarrollan más en el puerperio, no por problema vascular, son por el traumatismo que sufrieron estos plexos venosos durante el parto; por los esfuerzos de pujo, por el paso de la cabeza por el piso perineal, por alguna lesión o traumatismo obstétrico, etc.

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

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

En la **sangre**, en 1 o 2 semanas, disminuye la hidremia circulatoria que la paciente presentaba durante el embarazo y sin embargo, persiste la leucocitosis fisiológica característica con predominio de neutrófilos.

Los **riñones** siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 a 2000 ml en 24 h. Además, la hipotonía vesical residual ocasiona cierta retención urinaria, de tal manera que la primera micción, generalmente se presenta de 12 a 24 h después del parto.

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

La **secreción láctea** se instala en un lapso de 48 a 72 h y puede producir hipertermia local en las mamas, congestión, aumento de volumen y dolor. La leche materna tiene una composición aproximada de 88% de agua, 6% de lactosa o hidratos de carbono, 4% de grasas y 2% de proteínas. La cantidad de leche secretada va aumentando conforme avanza la lactancia; pues al sexto mes la mujer ya produce de 1 a 1.5 L en 24 h. al séptimo mes 1.5 a 2 L y al octavo mes 2 a 2.5 L de leche en 24 h.

La **glándula tiroides** también involuciona, más o menos rápidamente, decrece su hiperfuncionamiento y por tanto su producción.

MODIFICACIONES LOCALES

Las modificaciones locales son las que se presentan en el aparato genital y se describen a continuación:

Útero: El útero por parto generalmente tiene una longitud de 19 cm una anchura de 12 cm y un peso aproximado de 2 kg. Tiene una consistencia de músculo contraído, con periodos de

relajación y contracción, con fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical, pues el cuerpo uterino no se puede equilibrar sobre los cuerpos vertebrales. La cavidad uterina es prácticamente virtual, pues las paredes del útero están adosadas una contra otra y en la cara interna uterina se puede apreciar la zona de inserción placentaria de alrededor de 8 a 10 cm de diámetro, que se presenta como una herida anfractuosa, con algunos vasos abiertos y otros ocluidos por coágulos. Por cierto que la cantidad de sangre que mana de estos vasos depende, sobre todo, de la contracción uterina; entre más contraído esté el útero, menos será la cantidad de sangre que pierda la mujer.

Ya en esta primera etapa del puerperio, se empieza a notar una gran afluencia de leucocitos, que van a tapizar la cara interna del útero, sobre todo a nivel de la zona de inserción placentaria y van a constituir la llamada, barrera fisiológica leucocitaria antiinfecciosa, que van a proteger a la mujer de las severas posibilidades de infección uterina en el puerperio. Por ejemplo, la vagina es una cavidad séptica y el escurrimiento sanguíneo procede del útero, tiene un pH alcalino que favorece el desarrollo y la virulencia de los gérmenes ascendentes, que fácilmente se convierten en patógenos y que al infectar el útero, va a producir endometritis, miometritis o parametritis puerperal.

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

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

Por lo que se refiere a la reducción en el tamaño del útero, ésta se puede apreciar por la identificación de la altura del **fondo uterino**, que disminuirá a razón de 2 cm por día, lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas, mediante la destrucción por degeneración hialina de muchas fibras y la disminución en el tamaño y grosor de algunas otras.

A nivel de los **órganos intrapélvicos**, poco a poco desaparece la imbibición serosa, las trompas reducen sus dimensiones y recuperan su espesor normal y el peristaltismo tubario empieza a realizarse nuevamente, ya que estaba casi totalmente abolido durante el embarazo.

Pocos días después del parto, en los **ovarios** empiezan a desarrollarse algunos folículos de De Graaf, solamente uno de ellos va a completar su maduración y la puesta ovular generalmente es 30 a 45 o 60 días, aun cuando este lapso, generalmente está influido por la lactancia que ejerza la madre.

También a los pocos días, **la vagina y el perineo** recuperan sus dimensiones y su tono normal, aunque por supuesto, la vagina no va a recuperar íntegramente ni su forma, ni su consistencia ni sus dimensiones después de haber sido circundada por un feto y se queda con algunas características diferenciales, en relación con la vagina de la paciente nulípara.

Desde el punto de vista clínico, el puerperio se puede dividir en tres periodos, que son:

- 1) Puerperio inmediato.
- 2) Puerperio mediato.
- 3) Puerperio tardío o de recuperación.

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

Este periodo puede durar 1, 2, 3 y a veces hasta 24 h y durante él, se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonía uterina posparto, pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con la contracción. Pero si el útero está relajado por más tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos y la paciente seguirá sangrando y estas hemorragias son tan peligrosas, que en pocos minutos pueden matar a la mujer, por tanto, en este periodo es imperativa la vigilancia estrecha del sangrado y tono uterino.

Clínicamente, se observa a la paciente reposando, discretamente pálida y diaforesis, por el gran esfuerzo que acaba de realizar, tiene cierta laxitud muscular y puede presentar un escalofrío fisiológico transitorio, probablemente ocasionado por la resorción súbita de los elementos proteicos procedentes de los tejidos necróticos del útero. También puede ser por el gran flujo de sangre que hay desde los territorios periféricos, a los plexos vasculares abdominales, que quedan descomprimidos después del parto.

3.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. En el servicio de recuperación, la paciente permanecerá un promedio de dos horas, durante las cuales se tendrá especial atención en:
 - a) Control periódico de los signos vitales.
 - b) Estado de conciencia, si fue administrada sedación o anestesia general.
 - c) Altura del fondo uterino y grado de contracción del útero.
 - d) Cantidad de sangrado loquial.
2. En el piso de hospitalización, la paciente permanecerá de 24 a 48 horas, según la evolución. En este tiempo se deben observar los puntos siguientes:
 - a) Mantener la posición sentada e iniciar la deambulación precoz, a fin de facilitar el drenaje de los loquios. Además disminuye la incidencia de tromboflebitis y flebotrombosis, favorece la cicatrización de las heridas, la involución uterina es más rápida; y la micción y evacuación son más precoces.
 - b) Vigilar que ocurra la micción y practicar sondeo vesical en caso necesario.
 - c) Vigilar que presente evacuación intestinal y administrar laxantes en caso necesario.
 - d) Proporcionar una dieta normal.
 - e) Tener los cuidados necesarios en la higiene de las mamas.
 - f) Practicar aseo vulvar con agua simple o solución de benzal (tres veces al día como mínimo).
 - g) Baño en regadera diario.
 - h) Aconsejar la práctica de ejercicios especiales que movilicen los miembros inferiores y los músculos abdominales y respiratorios.
3. En la actualidad, lo más recomendable es que el alta hospitalaria de la paciente posparto eutócico, sea 48 h después del parto. Al egreso del hospital, es decir, cuando la paciente esté en su domicilio, es conveniente darle recomendaciones: acerca de su alimentación, de sus aseos genitales, de su baño, de las relaciones sexuales (lo conveniente es que el primer mes sea de abstinencia sexual). Es conveniente que después del octavo día practique ejercicios ligeros de gimnasia, para que los músculos abdominales recuperen su tono normal. Además instruirla acerca de los signos de alerta en el puerperio.