



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA PERSONA CON
AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO
DURANTE EL PUERPERIO TARDÍO CON BASE EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A .

MARTHA PATRICÍA MANJARREZ FLORES
No. CUENTA: 875154o-2

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. EN ENF. MA. AURORA GARCÍA PIÑA

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

MEXICO D.F., NOVIEMBRE 2005



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- JUSTIFICACIÓN	6
3.- OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos	7
4.- METODOLOGÍA	8
5.- MARCO TEÓRICO	10
5.1 Evolución histórica del cuidado enfermero	10
5.2 Definición de enfermería	12
5.3 Conceptos básicos de Virginia Henderson	12
5.4 Definición del proceso de enfermería y sus etapas	14
5.5 Etapas de desarrollo de la persona "adulto joven"	20
5.5.1 Características físicas	21
5.5.2 Características psico-sociales	21
5.6. Cesárea	24
5.6.1 Definición	24
5.6.2 Indicaciones	24
5.6.3 Complicaciones postoperatorias	25
5.7 Puerperio	26
5.7.1 Definición	26
5.7.2 Cambios físicos en el puerperio	28
5.7.3 Cambios emocionales en el puerperio	30
6.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	31

7.- DESARROLLO DEL PROCESO	34
7.1 Valoración de necesidades humanas	34
7.2 Sumario de diagnósticos de enfermería	42
7.3 Conclusión diagnóstica de enfermería	44
7.4 Plan de cuidados	52
7.5 Ejecución y evaluación	52
8.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	74
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
10.- ANEXO	78
Instrumento Metodológico para la Atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson)	79

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Monica Flores Medina

FECHA: 23-Marzo-06

FIRMA: [Firma]

1.- INTRODUCCIÓN

Al ejercer la práctica de enfermería, en cualquier ámbito nos permite enfrentarnos con tradiciones y costumbres socioculturales de la persona que se cuida; sin embargo la enfermera profesionalista también tiene sus propias creencias, mismas que influyen para otorgar cuidados a quien lo requiera.

Este tipo de práctica permite visualizar al profesionalista de Enfermería un panorama en donde se necesite un modelo de atención específico para brindar cuidados con la finalidad de fomentar, prevenir, y/o rehabilitar, según se requiera. Por lo anterior es importante retomar el proceso de enfermería con el método de atención individualizada para sistematizar el cuidado y poder evaluarlo o replantearlo.

Por ello el presente trabajo contiene una justificación donde expongo las razones por las que decidí realizar el Proceso Atención de Enfermería como una opción de titulación. Se establecen los objetivos a cumplir, la metodología con los tiempos que se emplean para el desarrollo del presente trabajo, en el marco teórico donde se describen la evolución histórica del cuidado enfermero así como la definición de enfermería, los conceptos básicos de Virginia Henderson y la definición del proceso de enfermería y sus etapas.

Se describen las etapas del adulto joven y sus características. También se aborda acerca de lo que es la cesárea y el puerperio ya que es la situación que presenta la persona elegida para el proyecto.

La presentación del caso clínico, en el que se señalan todos los antecedentes que se recopilan para poder integrar y desarrollar el presente proceso, de manera resumida se integra el plan de cuidados y con ello se facilitó continuar con el desarrollo del proceso; se realiza la valoración de necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, se formulan los diagnósticos de enfermería y se

planean los cuidados que requiere la persona y con ello se lleva la ejecución y evaluación de dichas acciones.

Con respecto a la conclusión y sugerencias se da a conocer las vivencias que se tuvieron durante la realización del proceso atención de enfermería.

2.- JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo es muy importante ya que el conocer las teorías y modelos de Enfermería, proporciona una guía adecuada para la práctica profesional, con ello se rompen las costumbres de obediencia y la realización de actividades rutinarias, permite llevar a cabo acciones necesarias para ofrecer a la persona una atención de calidad y calidez.

Elegí el tema de Proceso Atención de Enfermería aplicado a una persona con afrontamiento individual inefectivo durante el puerperio tardío porque actualmente estoy laborando en el servicio de alojamiento conjunto; allí estoy en contacto directo con personas puérperas, de las cuales estoy atendiendo a una. Precisamente, la realización de este trabajo de investigación me permitirá tener bases firmes para brindar una mejor atención y orientación a la persona que tengo a mi cuidado, y a otras que en un futuro se presenten.

Asimismo, la realización de la presente investigación me permitirá sustentar el examen profesional para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Desarrollar el proceso de enfermería a una persona que presenta puerperio post-operatorio con base en el modelo de Virginia Henderson a través de la intervención individual y de grupo para la reincorporación al núcleo familiar y social.

3.2. Objetivos específicos.

- Adquirir los elementos teórico-metodológicos básicos para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería.
- A partir de la valoración de datos se pretende que:

La persona y la enfermera detectaran conjuntamente los factores de riesgo en el puerperio, por medio de signos vitales estables, involución uterina, sangrado transvaginal, y herida quirúrgica, para evitar complicaciones reales o potenciales y solicitar los cuidados adecuados.

4.- METODOLOGÍA

El 17 de agosto del 2005, se inició el presente proceso a través de asesorías programadas una vez a la semana. Asimismo, se recibió orientación sobre los parámetros que integran el presente trabajo, éste se dividió en tres etapas:

En la primera etapa que fue del 17 al 24 de agosto de 2005, se trabajó en un cronograma de actividades, asimismo con un marco teórico y conjuntamente se inició la justificación y objetivos.

En la segunda etapa que comprendió del 31 de agosto al 21 de septiembre del mismo año, se eligió a la persona con quien se trabajó el proceso atención de enfermería, asimismo se me proporciona un instrumento para la valoración, el cual se propone dentro de la asignatura de fundamentos de enfermería del plan de estudios de la carrera de enfermería de nivel técnico.

Se realizó la valoración a la persona mediante entrevistas e interrogatorios con el instrumento proporcionado a fin de detectar sus necesidades básicas.

Se llevó a cabo la exploración física utilizando material de apoyo como: reloj, estetoscopio, baumanómetro, báscula, cinta métrica, termómetro y tijeras así como el instrumento de valoración, esto se efectuó en 6 sesiones de 2 a 3 horas cada una.

Se fomentó la comunicación por medio de la convivencia para que existiera una confianza mutua, que permitiera conocer mejor a la persona para poder corroborar los datos recolectados, esto permitió determinar el estado general y su condición en el momento de la valoración.

En la tercera etapa que fue del 28 de septiembre al 21 de octubre del 2005 se analizaron los datos obtenidos de la detección de necesidades de la persona y se

estructuraron los diagnósticos de enfermería, con el formato de padecimiento etiología signos y síntomas utilizando las etiquetas de la NANDA.

Durante la etapa de planificación se analizaron las necesidades de acuerdo a su prioridad y se fijaron los resultados esperados con la persona para corregir o mejorarlas.

En esta etapa se determinaron las acciones o intervenciones de enfermería con el fin de obtener buenos resultados; estas acciones se llevaron a cabo gracias a la participación de la familia.

Durante las intervenciones se presentaron imprevistos en tiempos que se fueron adaptando. Dichas actividades corresponden a la etapa de ejecución.

Se llevó a cabo la etapa de evaluación en ésta se cumplieron los objetivos en un 90% la cual se realizó entre 28 de septiembre al 23 de noviembre de 2005.

Finalmente, se transcribió el trabajo del 9 al 23 de noviembre de 2005 para informar los resultados.

5.- MARCO TEÓRICO

5.1 Evolución histórica del cuidado enfermero.

Considerando que después de una búsqueda sobre el tema la evolución histórica de enfermería no es muy clara ya que se relaciona con la concepción de la "salud como mantenimiento de la vida"¹.

La mujer ha sido la encargada de ofrecer los cuidados necesarios ó básicos, ya que fue ella la que por su naturaleza era la encargada de ayudar a otra mujer a parir y a la crianza de los hijos.

El inicio de los cuidados como un acto de vida, se pierde en la memoria de la existencia humana; la consideración de la salud y la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad condicionada por los valores, creencias, cultura, economía y factores sociales, que vive el ser humano en un periodo determinado.

En un principio fueron las religiosas las que cuidaron a los enfermos, pero sin ninguna preparación sólo la vocación religiosa. Posteriormente, se contrataron prostitutas y expresidarios como cuidadores, que no podían trabajar en otra cosa o ejercer su oficio. Por ello, la profesión de enfermera se considero malo o inmoral. Florence Nightigale no comparte esa opinión y define la enfermería como técnica y arte, respaldado científicamente, en una profesión digna y noble.

En nuestros días, con el modernismo, la Enfermería adquiere un sustento teórico y un reconocimiento profesional para brindar los cuidados de enfermería de calidad y calidez.

Por lo tanto la evolución histórica del cuidado enfermero presenta cuatro etapas, según García Caro Catalina:

¹ García, Caro Catalina. et. al *Historiada de la Enfermería (Evolución histórica del cuidado enfermero)*. ed. Harcourt, pág. 15-20.

Etapa doméstica: Se basa en el concepto de ayuda a los demás. Desde los inicios de la civilización la mujer se encarga del cuidado enfermero utilizando elementos que son parte de la misma vida natural.

Etapa vocacional:

Se asocia al nacimiento del Cristianismo existe la creencia de que la salud y la enfermedad son designios de Dios, como consecuencia eran importantes las actitudes que se debían mostrar y mantener: hacer votos de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la Iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado enfermero como vínculo de salvación propia y comunicación con Dios, con ello aparece la figura de mujer cuidadora llamada por Colliere "la mujer consagrada" ² Los conocimientos teóricos eran nulos y los procedimientos muy simples, resaltaba el sentido religioso: la caridad, sumisión y obediencia. La enfermera en esta época sólo requería las religiosas.

Etapa técnica: Se desarrolla en la época en la que la salud es entendida como la lucha contra la enfermedad, surge el desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica centrada en la búsqueda del origen de la enfermedad y su tratamiento; el personal médico y técnico al contar con una mejor tecnología tuvo necesidad de un personal que asumiera las tareas que realizaban los médicos. Al personal, que se encargaba del cuidado del enfermo, se le denominó personal paramédico o auxiliar.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la Enfermería en vías de profesionalización, esto se atribuye a Florence Nightingale.

El paso de la etapa vocacional a la etapa técnica fue paulatino y duró un largo período conocido como la etapa oscura de la Enfermería.

² Colliere M. F. *Promover la vida*, Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid, 1993.

Etapas profesionales: Se reconoce la práctica de la enfermería profesionalmente con conocimientos propios que le permite proporcionar un servicio de acuerdo con las necesidades del grupo social existente.³ La práctica de la Enfermería en México ha sido predominantemente hospitalaria, enfocada a lo biológico y lo curativo, a la realización de procedimientos derivados del tratamiento y a la tecnología médica.

5.2 Definición de Enfermería.

Para Doris Grinspun: la enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud.

Concluyo que Enfermería es una ciencia que comprende los conocimientos técnicos y científicos encaminados para ayudar al individuo a mejorar y mantener sus funciones tanto psicológicas, biológicas y sociales para que se desarrolle en su vida diaria.

A continuación se presentan algunos conceptos derivados del modelo de Virginia Henderson.

5.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

Enfermería: Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: "la única función es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o una muerte tranquila que llevaría acabo sin su ayuda si encuentra la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal manera modo que se le facilite la conservación de la independencia lo más rápido posible"⁴

3 Oren, Dorothea. *Modelos de Oren*. Barcelona, Doyma, 1995, pág. 363.

4 Henderson, A. Virginia *La Naturaleza de la Enfermería*, Interamericana, McGraw-Hill, México 1994, p.19

Salud: Henderson no da una definición propia, pero compara la salud con la independencia ó dependencia y con otras definiciones entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud; que declara que se trata más bien de la calidad de la salud y de la propia vida, ese margen de vigor mental y físico permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas metas.

En la concepción de salud hay que considerar los siguientes componentes: un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social de la persona.

Entorno: La autora no da una definición propia, se basaba en el Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, que lo define como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida o al desarrollo de un organismo."

Persona (paciente/cliente): Henderson lo define como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.⁵ Reitera que el ser humano se compone o se estructura por las siguientes necesidades:

- 1.-Respirar normalmente.
- 2.-Comer y beber de forma adecuada.
- 3.-Evacuar los desechos corporales.
- 4.-Mover y mantener una postura adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.-Elegir la ropa adecuada

5 Colliere, M.F. *Promover la vida*, Interamericana, Mc Graw- Hill, Madrid, 1993

- 7.-Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado, seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8.- Mantener la higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel.
- 9.-Evitar los peligros del entorno y dañar a los demás.
- 10.-Comunicar a los otros las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Actuar con arreglo a la propia fe.
- 12.-Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- 13.-Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal. Acudir a los centros sanitarios disponibles.

5.4 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas.

"El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente."⁶ Cuyas características son:

- a) Es un método: porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de soluciones de problemas y del método científico.
- b) Es sistemático: Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- c) Es humanista: Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) y no la suma de sus partes.

⁶ Rosalinda, Alfaro-LeFevre. *Aplicación del Proceso Enfermero*. 4a. edición, ed. Springer-Verlag Ibérica.

d) Es intencionado: Porque se centra en el logro de objetivos, como guía para la realización de acciones y resolución de problemas o disminución los factores de riesgo. Al mismo tiempo valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

e) Es dinámico: Por estar sometido a constantes cambios que obedecen la naturaleza propia del hombre.

f) Es interactivo: Por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para recordar y lograr objetivos comunes.

El propósito del Proceso de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades reales y potenciales del cliente, la familia y la comunidad. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad y establecer planes de cuidado individual, familiar o comunitario.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera. Define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. La persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería y se produce un aumento de la satisfacción, y un crecimiento profesional en el enfermero profesional.

En resumen los beneficios para el cliente son:

- ❖ Participación en su propio cuidado
- ❖ Mejora la calidad de la atención
- ❖ Continuidad en la atención

Los beneficios para la enfermera:

- ❖ Se convierte en experta
- ❖ Satisfacción en el trabajo
- ❖ Crecimiento profesional

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas interrelacionadas una con otra, se encuentran de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

1. Valoración: Nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familiar y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas, fisiopatologías y los recursos con los que se cuenta.

La valoración debe ser total e integral conforme a un modelo holístico. Es decir, un modelo enfermero basado en cualquier teoría de enfermería o bien, optar por las necesidades humanas, patrones funcionales de salud o de respuesta humana. La elección del modelo enfermero depende de la preferencia hacia un enfoque determinado, marco teórico, características del usuario (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas) y de las normas de la institución donde se realicen.

Es un proceso continuo que proporciona información valiosa permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud, a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, así como de capacidades existentes para conservar o recuperar la salud.

La etapa de valoración consta de los siguientes pasos:

- ❖ **Recolección de la información:** Da inicio con el primer contacto y con cada encuentro subsiguiente hasta que la persona es dada de alta. La recolección puede ser general o específica.
- ❖ **Fuentes directas primarias (cliente y familia).**
- ❖ **Fuentes directas secundarias (amigos y otros profesionales de salud).**
- ❖ **Fuentes indirectas (expediente y bibliografía relevante).**

En la valoración existen cuatro tipos de datos:

- ❖ **Subjetivos:** Son los que el cliente refiere con manifestaciones de carácter individual.

- ❖ **Objetivos:** Son todos los datos observables y medibles
- ❖ **Históricos:** Son hechos del pasado relacionados con la salud del usuario.
- ❖ **Actuales:** Son los que suceden al momento; son el motivo de consulta u hospitalización.

Durante la valoración se recolecta información mediante:

- ❖ **Entrevista:** Es una labor compleja, el enfermero requiere de cierta habilidad en la comunicación e interrelación. Teniendo como finalidad obtener información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades. Es necesario un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo fluido con respeto, confianza y armonía para el establecimiento de objetivos comunes (enfermera-cliente).
- ❖ **Examen físico:** Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud y determinar la eficiencia de las intervenciones de enfermería. Debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para el examen físico existen cuatro técnicas principales:

- ❖ **Inspección.-** Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oídos. Es un proceso activo en el cual se debe saber lo que se va a inspeccionar y el orden.
- ❖ **Palpación.-** Consiste en utilizar el tacto. Es decir, la yema de los dedos, que por su inervación son sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos, etc.
- ❖ **Percusión.-** Consiste en dar golpes sobre la superficie del cuerpo para producir sonidos o vibraciones. Se emplea para determinar el tamaño y forma de órganos, presencia de líquido, aire o algún sólido. Puede ser directa, al golpear el área que ha de percutir con la yema de los dedos; o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y se procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

- ❖ La auscultación.- Es un proceso que consiste en escuchar sonidos producidos por el cuerpo o valorar el funcionamiento de diversos órganos. Puede ser directa o indirecta.
- ❖ La somatometría.-Permite valorar el estado de salud del cliente (crecimiento normal) al mismo tiempo sirve para calcular dosis de medicamentos.

2.- Diagnóstico: Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Los pasos para el diagnóstico consisten en:

- ❖ Razonamiento diagnóstico.- Consiste en la aplicación del pensamiento a la solución de problemas integrando conocimientos adquiridos para un juicio clínico.
- ❖ Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.- Consiste en la valoración con razonamiento diagnóstico, conociendo las estructuras que deben tener dichos diagnósticos y problemas interdependientes. El diagnóstico de enfermeros es un juicio clínico sobre la respuesta humana (cliente, familia y comunidad) a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo en donde el enfermero es responsable de sus predicciones, prevenciones y tratamientos independientes. El diagnóstico de problemas es un juicio clínico sobre las respuestas y fisiopatologías del organismo a problemas de salud reales o de riesgo; en donde el enfermero es responsable de sus predicciones, prevenciones y tratamientos en colaboración con el equipo sanitario.

Después de realizar el diagnóstico es importante:

- ❖ Validación.- Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes con el cliente o mediante asesorías para confirmar dichos diagnósticos.
- ❖ Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependiente.-

Se realiza al transcribir los diagnósticos enfermero y los problemas interdependientes en las hojas de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

3.- Planeación: Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Los pasos de la planeación son

- ❖ Establecer prioridades.- Consisten en que primero se deben resolver las necesidades que pongan en peligro la vida del cliente, siguiendo con las de seguridad y protección, amor y pertenencia, problemas de autoestima y por último las que intervienen con la capacidad para lograr objetivos personales.
- ❖ Elaborar objetivos.- Los objetivos se elaboran de acuerdo al diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes para alcanzar el fin deseado.
- ❖ Determinar acciones de enfermería.- Son acciones y estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos trazados, encaminados a tratar los factores de riesgo del problema utilizando el pensamiento crítico.
- ❖ Documentar el plan de cuidados.- La documentación es el registro de los componentes del plan de cuidados en formatos especiales que permiten guiar las intervenciones de enfermería, registrar resultados alcanzados. Los registros pueden ser individualizados, estandarizados y computarizados.

4.- Ejecución: Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan al logro de los objetivos establecidos.

Los pasos de la ejecución son:

- ❖ Preparación.- Consiste en tener todos los implementos necesarios para

satisfacer las necesidades de manera conjunta con la persona.

- ❖ **Intervención.**- Consiste en la presentación del plan de cuidados a la persona para conseguir los objetivos de manera conjunta con ella.
- ❖ **Documentación.**-Son los registros en las notas de enfermería que sirven también como documento legal para efectuar cambios en el proceso.

5.-Evaluación: Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera, en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores; lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. La evaluación es una de las mayores exigencias en toda práctica. Como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución para determinar el logro de objetivos, variables, factores de riesgo y sobre todo decidir si el plan se mantiene, modifica o finaliza y confronta el estado de salud actual con el anterior y corrobora la consecución de objetivos.

5.5 Etapa del desarrollo del "adulto joven"

El período adulto en la juventud o también llamada adultez temprana (entre los veinte y los treinta años de edad) es la etapa que comienza tan pronto termina la adolescencia, los adolescentes se han ido preparando paulatinamente para la etapa de adulto.

Los cambios en el adulto en su personalidad y en su comportamiento, se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fijados en el período de la adolescencia. El rasgo distintivo de la madurez es la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. La solución positiva de las condiciones y dificultades constituyen el fundamento de la actividad madura de un adulto. No todos los adultos avanzan o estructuran su vida en la misma forma.

5.5.1 Características físicas

Las respuestas a los acontecimientos de la vida dependen de la capacidad física, fuerza y resistencia. Casi todos los aspectos del desarrollo físico alcanzan su nivel máximo en esta etapa. El cuerpo toma la forma que lo caracteriza: según el sexo, la amplitud de las caderas en la mujer, la anchura de hombros en el hombre; la talla, a llegado a la longitud que conservará hasta los 40 años. El peso ganado es más o menos estable.

El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoria motora alcanza su máximo nivel entre los 25 y los 30 años de edad.

Los signos vitales generalmente se deben mantener en los rangos siguientes: tensión arterial: 100/70 A 110/80; frecuencia cardiaca: 70 – 80 por minuto; respiración: 16 – 24 por minuto; temperatura: 36. 1 – 37.2 ° C.

5.5.2 Características Psico-sociales:

Los adultos jóvenes:

- ❖ Tienen un mayor sentido de realidad, diferenciándola de la fantasía.
- ❖ Tienen aspiraciones y empiezan a elaborar planes futuros.
- ❖ Se independizan de los cuidados paternos, aunque no se rompe con los lazos afectivos de los padres.
- ❖ Terminan una profesión o se establecen en un empleo.
- ❖ Forman un hogar (para tener su propia familia).
- ❖ Expresan sus emociones.
- ❖ Encuentran su lugar en la sociedad.
- ❖ Toman decisiones y aceptan responsabilidades
- ❖ Les es necesario buscar diferentes orientaciones para el cambio de decisiones.

- ❖ Son tolerantes ante las frustraciones, satisfacciones e intereses.

Para definir las tareas centrales del desarrollo de la adultez recurriremos a las etapas psico-sociales de Erikson. La teoría de Erikson propone ocho etapas o crisis psico-sociales y cada una se basa en la anterior. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma como haya resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad. Se trata de dilemas que persisten y que dan sentido de comunidad, sus prioridades y su lugar en el mundo. Durante la adolescencia el problema fundamental por resolver es el logro de la identidad frente a la confusión. La crisis otro aspecto que caracteriza la adultez temprana es la de intimidad frente al aislamiento. La intimidad consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda su identidad propia. El aislamiento es la incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas debido a que la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro.

El adulto joven debe buscar su autodefinición y estima. Una de las formas de conseguir la autoafirmación, está en independizarse gradualmente de sus padres. Esto implica el desarrollo de valores propios y la toma de decisiones personales. El aspecto de adquisición de autoestima consiste en aprender a tener respeto por la competencia propia; que a su vez constituye la base del respeto para con los demás.

Una de las bases para que el adulto encuentre su lugar como miembro útil en la sociedad es que acepte las consecuencias de sus actos, que las decisiones que tome sean firmes y afronte las consecuencias de éstas y que enfrente la realidad. Este proceso se consigue de una forma gradual a través de la infancia y la adolescencia. Esto ayuda al adulto joven a descubrir sus propias fuerzas y debilidades, a proponerse objetivos reales.

Los individuos en esta etapa atraviesan por situaciones, tales como soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcios o separación. El inicio de estas situaciones depende de diversos factores, unos propios del individuo y otros propios de su medio; entre éstos últimos están los etnológicos y los culturales.

La soltería es el lapso de edad en que el individuo ya sea hombre o mujer, empieza a ser adulto y la época de adultez, en que tiene una unión estable de pareja. Durante esta etapa el hombre y la mujer adquieren el bagaje cultural para su plena autonomía personal; para impartir a su vida el curso consciente, responsable y deliberado que estimen conveniente, con el consejo de sus padres o de otros adultos mayores, pero sin dependencia. Es decir, deben tomar sus propias decisiones; aún las más trascendentales y responsabilizarse de las consecuencias, que esas decisiones y resoluciones produzcan sean positivas o negativas, favorables o desfavorables.

La soltería es una situación de mucha polémica por su complejidad. Se consideran dos clases de solteros; el soltero joven, que vive lleno de expectativas hacia una futura unión; y el soltero mayor, entre 30 y 40 años, que ha encontrado una forma de existencia más o menos definitiva sin pareja y que piensa que unirse a otra persona supone una limitación de la libertad individual.

Por enfoques equivocados y por presiones familiares, si la mujer llega a los 25 años y no se ha casado se le considera "solterona"; esta actitud es sumamente negativa y probablemente la que más daño hace a la mujer de edad adulta, precipitando a veces a matrimonios que no son los más aconsejables. La persona puede tener un futuro completamente satisfactorio, mediante el desarrollo de sus capacidades en cualquier campo del saber. Además, puede compartir sus intereses con amistades de ambos sexos y su familia, y estructurar un proyecto de vida.

La adaptación a la soltería depende de cada individuo, en algunos puede producir insatisfacción y soledad, en otros no.

Para la toma de decisiones el adulto joven debe realizar un auto examen reflexivo consciente y crítico, para adaptarse, la vida en forma satisfactoria, equilibrada y sana.

El matrimonio puede parecer una aspiración muy deseable, dentro del cual los adultos jóvenes encausen y apoyen su vida futura; pero no necesariamente es la única alternativa.

5.6 Cesárea.

5.6.1 Definición:

Operación cesárea es la extracción de feto vivo o muerto a través de una incisión abdominal seguida de otra en la pared uterina (histerotomía). En algunas instituciones se considera que los riesgos maternos en la cesárea son 3 a 4 veces mayores que en el parto.

La cesárea que más se realiza es la de tipo Kerr, autor que en 1926 propuso la incisión transversa sobre el segmento inferior uterino para la extracción del producto, es la que se practica con mayor facilidad, tiene menos riesgos hemorrágicos, cicatriza mejor y desarrolla menos adherencias intraperitoneales.

5.6.2 Indicaciones:

Las indicaciones electivas, determinadas durante el embarazo o el inicio del trabajo de parto son las siguientes:

- Paciente con dos o más cesáreas anteriores o cicatrices uterinas, cesáreas interactivas.
- Paciente con cesárea anterior o con la misma causa persistente.
Ejemplo: estrechez pélvica.
- Desproporción feto-pélvica evidente.

- Infecciones virales en el canal del parto. Ejemplo: Presencia de condilomas voluminosos, detección de virus del Papiloma humano, herpes genital; estos dos últimos son indicaciones relativas.
- Neoplasia en evolución para poder realizar el tratamiento indicado.
- En toxemias severas.
- Diabetes mellitus, cuando las condiciones locales para la inducción son desfavorables y la maduración del cuello mediante prostaglandina, vaginal o intracervical no se considera apropiada o no ha sido efectiva.
- Sufrimiento fetal anteparto, con prueba de tolerancia patológica a las contracciones (prueba de la oxitocina)

Las indicaciones urgentes durante el embarazo o parto son:

- Prolapso de cordón umbilical.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Sufrimiento fetal agudo, no recuperado.
- Placenta previa central, total o parcial, con sangrado abundante.
- Eclampsia.
- Presentación pélvica o situación transversa del producto único a término.
- Inducto-conducción fallida.
- Desproporción céfalo-pélvica relativa con prueba de trabajo de parto negativa.
- Fiebre materna intraparto, de origen no determinada.
- Situaciones de riesgo elevado: primigestas de mayor edad, antecedentes de esterilidad tratada, antecedentes de fetos muertos transparto, etc. En estos casos la indicación es relativa por requerir una evaluación particular del caso.

5.6.3 Complicaciones postoperatorias:

La cesárea tiene complicaciones derivadas de diferentes aspectos, como: una mala indicación, un manejo defectuoso del trabajo de parto con tactos vaginales

múltiples, sobre todo cuando las membranas ya están rotas, una incorrecta técnica quirúrgica que no respeta las reglas de asepsia y antisepsia, y una mala conducción en el manejo del período postoperatorio, y éstas son:

- Anemia por hemorragia.
- Íleo paralítico, ocasionado por manipulaciones excesivas.
- Infecciones, que pueden ser de tipo de endometritis, de pelviperitonitis o de vías urinarias.
- Abscesos de pared a nivel de herida quirúrgica.
- Proceso de tromboflebitis o embolia.
- Dehiscencia de la herida abdominal.
- Complicaciones a nivel del feto; las más frecuentes son la depresión y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

5.7 Puerperio

5.7.1 Definición:

Es la etapa del estado grávido puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se complete, este período dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea para regresar a las condiciones pregestacionales.

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

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

En el metabolismo existe una elevación de nitrógeno sanguíneo por la gran destrucción de tejido que se presenta en el área genital esto sucede en los primeros días; existe una disminución de las grasas sanguíneas principalmente en las púerperas que amamantan. Los hidratos de carbono, están aumentados en los dos primeros días del puerperio, pero luego rápidamente recuperan sus niveles sanguíneos normales.

La temperatura de la mujer púerpera es de 36.5 a 37. ° C; pero en las primeras 24 horas 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 catabólicos en el organismo.

En la piel de la púerpera, en las primeras horas, se aprecian una diaforesis marcada, que le sirve al organismo para eliminar la hidremia circulante, la hiperpigmentación va a disminuir.

En el sistema muscular en las primeras horas del puerperio se aprecia con gran laxitud, en una especie de reposo compensador, cansancio, agotamiento causado por el esfuerzo en el parto. Su pared abdominal esta flácida e inclusive puede llegar a presentar una diástasis o separación de los músculos rectos abdominales. En las articulaciones, sobretudo en las pélvicas, van retrocediendo lentamente.

En el aparato cardiovascular, el corazón rápidamente retorna a su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón en las primeras 24 horas, se puede presentar bradisfigmia que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa.

En el aparato respiratorio no se aprecian alteraciones de importancia pero subjetivamente se siente más afviada a llevar el movimiento respiratorio.

En el aparato digestivo existe cierta hipotonía muscular sobretudo en el intestino grueso y el delgado; ocasionando estrefimiento, que en algunas ocasiones se prolonga por fenómenos psíquicos y dolorosos.

En la sangre, en 1 ó 2 semanas, disminuye la hidremia circulante que la paciente presenta durante el embarazo, pero 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 de 1500 a 2000 mililitros en 24 horas.

A nivel endocrino, al final del embarazo se presenta una caída de estrógenos y de progesterona y la hipófisis empieza a funcionar normalmente y a secretar una mayor cantidad de prolactina que después del parto es la que favorece la secreción láctea en las glándulas mamarias la secreción láctea se instala en un lapso de 48 a 72 horas.

5.7.2 Cambios físicos en el puerperio:

1.- Útero:

a) Sangrado y secreciones vaginales (loquios). Después del parto se presenta un sangrado abundante que dura pocas horas esto se debe al desprendimiento de la costra del sitio donde se encontraba la placenta. Posteriormente, se presenta un sangrado tipo menstruación de color rojo brillante, con coágulos y algo de mucosidad, son los llamados loquios rojos; después del cuarto día serán de color café pálido, con más mucosidad que sangre, estos son los loquios serosos. Para el 11° día la secreción será más de apariencia de flujo que de sangrado, de color blanco o amarillo, que corresponde a los loquios blancos, los cuales desaparecen a los 21 días. Ninguno de los loquios debe tener mal olor, esto indica probables infecciones.

b) Reducción de tamaño del útero. El útero disminuye de tamaño, inmediatamente después del nacimiento del producto y tardará seis semanas en volver a su estado normal. Después del parto el útero continuará con contracciones, especialmente en las primeras horas, estas contracciones controlarán la cantidad de loquios.

2.-Senos:

a) Salida de calostro. Se experimenta al final del embarazo, o inmediatamente después del nacimiento del bebé. Este será sustituido por leche entre el tercero y quinto día después del parto o cesárea. El bebé al succionar el pezón estimula los nervios de la región, los cuales transmiten el estímulo al cerebro, donde se produce una hormona que actuará sobre los pechos produciendo leche. El nerviosismo y la tensión emocional interfieren en estos mecanismos de producción de leche.

3.-Intestino:

a) Inicio de la función intestinal. Es posible que el intestino trabaje lentamente después del parto o cesárea, y tarde unos días en evacuar por lo que es conveniente ingerir alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos.

4.- Vejiga:

a) Inicio de la función urinaria. La función de la vejiga puede verse afectada por la anestesia o por la inflamación de los tejidos de la zona genital, por lo que podrá tardarse en orinar, sino se ha presentado la micción dentro de las primeras 12 horas después del parto o cesárea, habrá la necesidad de vaciar la vejiga por medio de una sonda vesical.

Una vez iniciada la función de la vejiga podrá se orina en cantidad muy abundante, especialmente los primeros días después del parto o cesárea, esto es porque se está eliminando todo el exceso de líquidos que se retuvo durante el embarazo.

5.- Síntomas generales:

a) Temperatura. La puerpera puede registrar una elevación de la temperatura, generalmente en el primer día después del parto o cesárea. Sin embargo, si persiste o se asocia con loquios fétidos es probable que exista una complicación en el puerperio.

b) Pérdida de peso. La puérpera pierda entre cinco y seis kilos de peso después del nacimiento de su hijo y seguirá perdiendo de tres a cuatro kilos en la primera semana, por la salida de líquidos retenidos a través de la orina y tres kilos más en las próximas 6 semanas, si está amamantando. Después de seis semanas continuará perdiendo peso en forma gradual.

c) Fatiga. La puérpera presenta cansancio extremo en esta época debido a la falta de sueño durante y después del parto y también por las nuevas responsabilidades de atención al recién nacido.

5.7.3 Cambios emocionales en el puerperio:

Es común que experimente una mezcla de sentimientos como: desilusión o alegría por el sexo y apariencia de su hijo, depresión y deseos de llorar sin causa aparente, irritabilidad, indiferencia, exceso o falta de sueño, felicidad, orgullo y satisfacción. Esto es el resultado de cambios hormonales, tensión emocional, cansancio, preocupación, ansiedad al dudar de la propia capacidad para cuidar de su hijo, o temor de ser menos atractiva para su pareja.

6.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para realizar el presente trabajo elegí a una mujer adulta joven, aparentemente sana, que presenta embarazo de 39.4 semanas de gestación con fecha última de menstruación con antecedentes obstétricos: Menarca a los 14 años, con ciclos de 28 X 3, inicio de vida sexual activa a partir de los 20 años, pareja sexual una, gesta 2 para 0, cesárea una, con un período ínter genésico de 3 años más paridad satisfecha.

Se trata de una mujer de 28 años de edad con estudios de nivel técnico, de religión católica, con empleo de secretaria y que alterna las actividades del hogar con su pareja, de nivel socioeconómico medio, que participa en los gastos del hogar, con "buena" comunicación familiar, la cual está integrada por su esposo y una hija de 3 años. El embarazo no fue planeado, pero lo aceptaron y están contentos con la llegada de la nueva integrante. La señora se encuentra un poco tensa ya que ha decidido como método de planificación familiar la salpingoclasia, decisión que va en contra de sus creencias religiosas, pero ya no desean tener más familia.

A continuación referiré datos obtenidos a través de una valoración focalizada en un servicio de labor y recuperación:

En la sala de labor de la unidad toco-quirúrgica se observa a la señora con buena coloración de tegumentos, hidratada, con salida de calostro en mamas, pezón formado, buena expansión de campos pulmonares, abdomen globoso por útero gestante, con movimiento fetal de presentación pélvica con salida de moco transvaginal. En miembros inferiores presenta leve insuficiencia venosa, existe buen llenado capilar de cinco segundos.

Presenta pulso de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 inhalaciones por minuto, presión arterial de 120/70, temperatura de 35.8°C, con frecuencia

cardiaca fetal de 140 por minuto.

Posteriormente, en recuperación la paciente presenta palidez de tegumentos, piel fría, con soluciones parenterales permeables, herida quirúrgica cubierta con apósito limpio, sangrado transvaginal abundante de color rojo brillante, sonda foley drenando orina clara, efectos anestésicos residuales por bloqueo epidural debido a esto último no siente los miembros pélvicos. Asimismo, presenta pulso de 80 latidos por minuto, con 20 inhalaciones por minuto, una presión arterial de 110/60 y temperatura de 35° C. La señora presenta dificultad para la lactancia materna debido a que no puede moverse libremente por efectos de anestesia.

Al ingresar al alojamiento conjunto la señora Ana continúa con piel fría, dolor en la herida quirúrgica, apática a la movilización, con sangrado transvaginal escasos loquios hemáticos, al principio rechaza la lactancia materna. Al inicio de la vía oral presenta náuseas, pero la tolera. Después de 24 horas la señora se incorpora y empieza a deambular y realiza eficazmente la lactancia materna, pasadas 36 horas, su movilidad mejora y se adapta al medio hospitalario, por mejoría egresa y continúa el puerperio en su hogar.

Se realizan visitas a domicilio. En la primera sesión le encontramos infección respiratoria, en esa ocasión se le retiran los puntos de la herida quirúrgica, encontrando esta última sin complicaciones.

En la segunda visita se encuentra a la señora tensa, malhumorada, con semblante cansado y molestias como dolor de cabeza, caída de cabello, calambres en las piernas y cansancio crónico.

En la tercera visita se encuentra a la señora con un estado de ánimo mejor, se ha incorporado a su trabajo y se muestra más adaptada, pero continúa con remordimientos por la oclusión tubárica que le practicaron después del parto.

Dentro del Plan de cuidados se enfatizó la importancia de la conservación de la

salud, promoviéndola por medio de charlas relacionadas con nutrición, higiene, sexualidad y medidas preventivas. Con esto se logró la integración de la señora al entorno familiar y laboral, que no se automedicara y la disminución de los sentimientos de culpa debido al método de planificación familiar elegido.

7.- DESARROLLO DEL PROCESO

A continuación se presentan la ficha clínica y la valoración de necesidades humanas.

Ficha de identificación:

Nombre:	<u>A. H. D.</u>
Edad:	<u>28 años</u>
Talla:	<u>1:57 cm.</u>
Peso actual:	<u>75 kilos</u>
Peso antes del embarazo:	<u>65 kilos</u>
Fecha de nacimiento:	<u>25 de abril de 1977</u>

7.1 Valoración de necesidades humanas.

Esta valoración se realiza durante las primeras 24 y 36 horas del posquirúrgico, asimismo, contempla el egreso y la revaloración a través de visitas domiciliarias.

1.- Necesidad de oxigenación.

La señora manifiesta que el subir escaleras y realizar actividades deportivas, la fatiga muy rápido refiere: "Me afecta el aliento, siento que el corazón se me sale". Por lo cual tiene que detenerse para realizar respiraciones más profundas y poder así recuperarse, no fuma, pero su esposo sí; por tanto es fumadora pasiva.

Menciona que sufre constantemente de resfriados, los cuales son tratados con medicamentos autoprescritos. En la primera visita realizada a la señora en su domicilio el encuentro con una infección respiratoria; a la exploración física, confirmo una frecuencia respiratoria de 23 inhalaciones por minuto, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, y presión arterial de 110/60 esto es en reposo. En campos pulmonares se le escuchan estertores y presenta tos con flemas amarillas. Tiene un llenado capilar de 3 segundos.

Presenta leve insuficiencia venosa en miembros pélvicos a lo cual ella responde que se le empezaron a notar las venas cuando tomó pastillas anticonceptivas, mismas que suspendió y después se embarazo.

En una segunda visita la señora se encuentra aparentemente sana, con frecuencia respiratoria de 20 inhalaciones por minuto; frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto; presión arterial de 120/60. En campos pulmonares se escucha buena entrada de aire con adecuada expansión en caja torácico. Presenta un llenado capilar adecuado de cuatro segundos.

2.-Necesidad de nutrición e hidratación.

Después de 12 horas de ayuno la señora Ana inicia vía oral con líquidos, presenta náuseas al inicio, posteriormente continúa con dieta blanda tolerándola. Se realiza interrogatorio sobre los hábitos alimenticios en su hogar; ella responde, que lleva una dieta balanceada ya que ingiere huevo, carne, verdura y frutas diariamente; leche y sus derivados los toma cada tercer día; casi no consume cereales y bebe dos litros de agua al día regularmente, pero con la lactancia acostumbra tomar atoles para producir más leche.

En las dos primeras visitas realizadas se observa que su alimentación es balanceada pero en poca cantidad. En lo que se refiere al consumo de líquidos toma bebidas embotelladas como refrescos y jugos procesados casi no consume agua sola o de frutas.

3.-Necesidad de eliminación.

La señora manifiesta que su eliminación intestinal es de 1 x 24 horas, refiere que las heces son de color café y de consistencia firme, la micciones de cuatro a seis veces al día de tonalidad clara comenta que desde que le quitaron la sonda le arde al orinar. Su menstruación es cada 28 días por 3 de duración, sin dolor. Al realizar la exploración se observa abdomen con herida quirúrgica limpia, sin rastros de infección y en proceso de cicatrización. Presenta peristasis intestinal y refiere que canaliza gases, el sangrado transvaginal es como una menstruación con coágulos.

Una semana después se realiza la primera visita a la señora en su domicilio para continuar con el seguimiento, se retiran puntos de la herida quirúrgica, se le pregunta cómo es su sangrado ella refiere que es escaso de color café y con algo de flujo manchando solo una toalla.

4.- Necesidad de termorregulación.

Durante el puerperio inmediato en el servicio de recuperación se observa la piel seca, pálida, con mucosas orales deshidratadas y piel fría. Comenta que es muy friolenta y más por las noches a pesar de que usa ropa de franela en ocasiones no puede dormir debido al clima frío. Refiere que antes de embarazarse realizaba ejercicio por 30 minutos en una caminadora y que le agrada la temporada de calor.

Cuando se realiza el seguimiento en su hogar se observa que es un lugar que cuenta con buena ventilación e iluminación, pero es muy frío ya que no recibe los rayos del sol adecuadamente.

5.-Necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura.

Durante su recuperación en el servicio de alojamiento conjunto la señora refiere que le cuesta trabajo incorporarse de la cama, debido a la herida quirúrgica y que también tiene dolor en el sitio donde le colocaron el bloqueo epidural, por ello camina encorvada.

En la primera visita que se le realizó a su domicilio se le preguntó sobre cómo se ha adaptado a su entorno familiar y comenta que su tiempo libre lo está dedicando a caminar, que paulatinamente se ha ido integrando a su vida cotidiana, tanto en su hogar como en el trabajo. Los hábitos de descanso han disminuido porque sus actividades han aumentado, su hija mayor ha entrado a estudiar la educación preescolar y tiene que ayudarla a realizar sus actividades escolares.

Al realizar la exploración se observa que tiene buen tono muscular, flexibilidad de miembros pérvicos, pero la señora refiere la presencia de calambres en las piernas, se observa leve insuficiencia venosa en miembros inferiores. Presenta dolor al caminar en la región de las fosas ilíacas, tipo cólico, que la limita en sus actividades. Está orientada, pero emocionalmente se siente tensa e irritable, refiere que se siente frustrada, porque no puede moverse rápidamente.

6.-Necesidad de descanso y sueño

Durante la primera hora después de la cirugía la señora se observa cansada por lo que se queda profundamente dormida, hay necesidad de despertarla para que inicie con la lactancia, hecho que rechaza al principio argumentando que tiene mucho dolor, posteriormente la realiza gustosamente, se le pregunta sobre hábitos de sueño, número de horas que duerme ó si acostumbra hacer siestas, a lo que responde dormir regularmente unas ocho horas diarias, que no acostumbra tomar siesta.

Durante la primer visita domiciliaria se le pregunta cómo se está adaptando al entorno familiar ella responde que los patrones de sueño son variados porque con la lactancia le es difícil conciliar el sueño ya que alimenta al bebé sólo con pecho y a libre demanda por lo que constantemente se despierta para amamantarlo. Por ello se siente cansada durante el día, se observa ojerosa y refiere que sufre de dolor de cabeza por las mañanas y tardes, bosteza constantemente, se nota estresada e inquieta.

En una segunda visita se observa a la señora un poco más tranquila, comenta que está tomando una siesta en las tardes, su dolor de cabeza ha disminuido, las ojeras son menos marcadas.

7.-Necesidad de uso de prendas adecuadas para vestir.

La higiene personal de la señora es adecuada, su cambio de ropa es diario, tanto la ropa interior como exterior, cuenta con prendas de vestir adecuadas para las cuatro estaciones del año, el tipo de calzado es acorde con su tipo de ropa.

Actualmente su autoestima está disminuida debido al nacimiento de su hija, ya que su figura está más embaecida. Se nota entusiasta de poder recobrar su figura anterior y volver a utilizar la ropa que usaba antes del embarazo para no cambiar su guardarropa. En la segunda visita en su domicilio, se le observa con *pants*.

En la tercera visita que se realizó a la señora en su domicilio se observó que empieza a vestir más formalmente, y no sólo usa los *pants*.

8.-Necesidad de higiene y protección de la piel.

La señora refiere que se baña diariamente, realiza la higiene bucal tres veces al día, el lavado de manos cada que es necesario, para la lubricación de la piel utiliza

crema hidratante. Se le realiza una exploración física y se observa que presenta ojeras muy marcadas, la piel sin ninguna alteración aparente, a pesar de que se encuentra amamantando. La señora comenta que se le está cayendo el cabello.

Durante todas las visitas que se le realizaron en su domicilio se observa que mantiene una higiene personal adecuada, en cuanto a su piel se observa en la segunda visita seca, el cabello seco, opaco y quebradizo.

La herida quirúrgica infraumbilical está limpia, bien afrontada, sin presencia de infección debido a esto se retiran los puntos de la herida una semana después de la cirugía, continúa con uso de venda elástica, el sangrado vaginal es blanco.

9.- Necesidad de evitar peligros

La señora mantiene una higiene personal adecuada para evitar que se infecte la herida. Camina para facilitar la salida de loquios, se coloca una venda abdominal para sentirse más segura, evita cargar cosas pesadas y realiza actividades que no requieran de mucho esfuerzo como lavar, trapear etc.

Refiere que sube escaleras de espalda, en su hogar mantiene los juguetes de su hija en un lugar determinado para evitar tropezar con ellos. Todos los artículos de limpieza y tóxicos están fuera del alcance de los niños.

Procura tener buena ventilación en su hogar, evitar corrientes o cambios bruscos de temperatura para prevenir enfermedades respiratorias.

10.- Necesidad de comunicación y sexualidad.

La señora refiere que es casada con 6 años de matrimonio, vive con su esposo, su hija de 3 años y el bebé, en casa de sus suegros, pero con cierta independencia. Mantiene una buena comunicación tanto con la familia de su esposo, como con su

propia familia.

La convivencia con su familia y la de su esposo es estrecha y por lo general no se encuentra sola ya que casi siempre está acompañada por su suegra.

En relación a su trabajo la convivencia es buena, no tiene conflictos laborales. Con respecto a la sexualidad ella refiere que no ha tenido relaciones sexuales con su esposo desde que tenía 8 meses de embarazo; esto le está causando problemas con su pareja; refiere que tiene temor de que su esposo la lastime o infecte sus heridas con la actividad sexual.

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Es católica, acostumbra ir a misa 1 ó 2 veces al mes; en ocasiones se siente deprimida y con sentimientos de culpa, ya que piensa que traicionó sus valores y creencias religiosas, al operarse para no tener más hijos.

Durante la primera visita domiciliaria se observa que no tiene demasiadas imágenes religiosas, en su hogar sólo hay en el comedor un cuadro de la virgen de Guadalupe y un Cristo; lo que si tiene son fragmentos de pasajes bíblicos en forma de pergaminos en las paredes y en la entrada de su casa.

12.-Necesidad de trabajar y realizarse.

La señora labora como empleada administrativa, los sábados y domingos, con una jornada de 12 horas; comenta que se siente satisfecha con su trabajo, el cual le permite atender a su familia y ayudar con los gastos de su hogar, así como sufragar sus gastos personales.

Actualmente se encuentra ansiosa por regresar al trabajo, pero también temerosa por tener que dejar a su bebé a cargo de su esposo, esto le causa temor ya que no acepta la lactancia artificial.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

La señora no es muy afecta a realizar actividades recreativas al aire libre. Antes del embarazo acostumbraba una rutina de media hora en su caminadora. Le gusta convivir con su familia, visita a sus padres dos ó tres veces por semana, y come con ellos en esas ocasiones. Le gusta convivir y participar en los juegos con su hija. También le agrada ir al cine o al teatro, actividades que no ha realizado después del nacimiento de su segunda hija.

14.-Necesidad de aprendizaje.

La señora refiere que en su centro de trabajo la mandan constantemente a cursos de actualización para un mejor desempeño de sus funciones.

Ella estudió una carrera técnica en secretariado, le gustaría continuar estudiando, pero refiere que le cuesta mucho trabajo concentrarse y que no tiene buena capacidad de retención. Por el momento espera que sus hijas estén mas grandes, ya que no quisiera dejarlas solas.

7.2.-SUMARIO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA OBTENIDOS DE LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS REALIZADAS A LA SEÑORA SELECCIONADA.

- 1.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso infeccioso manifestado por tos, flemas, dolor, intolerancia a la actividad y presencia de fatiga.
- 2.-Riesgo de intoxicación relacionado con la automedicación.
- 3.- Déficit de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por ayuno prolongado, sangrado transvaginal, náuseas y deshidratación, palidez y calambres.
- 4.-Trastorno de la eliminación urinaria relacionado con el retiro de sonda foley manifestado por disuria, ardor.
- 5.-Estreñimiento relacionado con herida quirúrgica manifestado por inmovilidad, dolor y miedo al evacuar.
- 6.- Alto riesgo de hipotermia relacionado con pérdidas de volumen de líquidos, por ambiente frío y efectos anestésicos.
- 7.- Déficit de la deambulación, relacionada con herida quirúrgica; punción lumbar manifestada por fases de dolor, irritabilidad, fatiga, encorvamiento y deambulación lenta.
- 8.-Alteración del patrón de sueño relacionado con lactancia materna, manifestada por cansancio, ojeras, cefalea, estrés, intolerancia e inquietud.
- 9.- Alteración de la imagen corporal relacionada con puerperio fisiológico manifestado por sentimientos de rechazo hacia su cuerpo.

10.-Alto riesgo de infección relacionada con procedimiento quirúrgico.

11.- Riesgo de sufrir caída relacionado con subir escaleras de espalda.

12.-Sufrimiento espiritual relacionado con el método de planificación familiar elegido, manifestado por culpabilidad, llanto, depresión.

13.-Alteración en el patrón sexual relacionado con la disminución de la actividad sexual durante el embarazo y puerperio manifestado por temor y dolor.

7.3 Conclusión diagnóstica de enfermería

Necesidad	Grado de Dependencia	Datos de la Dependencia	Fuente de dificultad	Diagnóstico de Enfermería
Oxigenación	P.D.	<p>Polipnea a la actividad, causada por sobrepeso, falta de ejercicio e infección respiratoria.</p> <p>Fumadora pasiva.</p> <p>Automedicación.</p>	C	<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso infeccioso, manifestado por tos, flemas, dolor, intolerancia a la actividad y fatiga.</p> <p>Riesgo de intoxicación relacionado con la automedicación</p>

<p>Nutrición e hidratación</p>	<p>P.D.</p>	<p>Náuseas, ayuno prolongado, salida de loquios posquirúrgica. Deshidratación, palidez, piel fría y calambres.</p>	<p>C</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con procedimientos quirúrgico manifestado por ayuno prolongado, sangrado vaginal, náuseas, deshidratación, palidez y calambres.</p>
<p>Eliminación</p>	<p>P.D.</p>	<p>Poca peristasis intestinal, comienzo a canalizar gases, miedo de evacuar por el esfuerzo, dolor con la defecación, sensación de querer orinar, ardor al orinar.</p>	<p>C y V</p>	<p>Trastorno de la eliminación urinaria relacionado con el retiro de sonda foley, manifestado por disuria, ardor. Estreñimiento relacionado con herida quirúrgica manifestada por inmovilidad, dolor y miedo al evacuar.</p>

Termorregulación	P.D.	Exposición a ambientes fríos, piel pálida y fría, mucosas orales deshidratadas y secas,	C	Alto riesgo de hipotermia relacionado con pérdida de volumen de líquido, por ambiente frío y efectos anestésicos.
Movimiento y mantenimiento de una buena postura.	P. D.	Dolor por punción lumbar y herida quirúrgica, fatiga, irritabilidad, frustración, deambulación lenta y encorvamiento.	F. V.	Déficit de la deambulación, relacionado con herida quirúrgica; punción lumbar manifestada por facies de dolor, irritabilidad, fatiga, encorvamiento y deambulación lenta.

<p>Descanso y sueño</p>	<p>P.D.</p>	<p>Períodos de vigilia frecuentes por lactancia materna, cansancio, ojeras, cefalea, estrés, inquietud e irritabilidad.</p>	<p>C</p>	<p>Alteración del patrón de sueño relacionado con lactancia materna, manifestada por cansancio, ojeras, cefalea, estrés, intolerancia e inquietud.</p>
<p>Uso de prendas adecuadas para vestir</p>	<p>I</p>	<p>Ropa apropiada, zapatos cómodos, faja de compresión abdominal.</p>		

<p>Higiene y protección de la piel</p>	<p>P.D.</p>	<p>Piel reseca, herida quirúrgica limpia y seca, cabello opaco quebradizo y caída del mismo. Herida quirúrgica por cesárea. Expresión verbal a rechazo corporal. Obesidad, tristeza.</p>	<p>C.</p>	<p>Alteración de la imagen corporal relacionada con puerperio fisiológico manifestado por sentimientos de rechazo hacia su cuerpo.</p> <p>Alto riesgo de infección relacionada con procedimiento quirúrgico.</p>
<p>Evitar peligros</p>	<p>P.D.</p>	<p>Mantiene todas las medidas de seguridad en el hogar para mejorar su salud y la de su familia. Sube escaleras de espalda.</p>	<p>C</p>	<p>Riesgo de sufrir caídas relacionado con subir escaleras de espalda.</p>

<p>Comunicación y sexualidad</p>	<p>P.D.</p>	<p>Mantiene buena comunicación con su familia, y en el área laboral.</p> <p>Está satisfecha con el papel de mamá.</p> <p>Tiene pocos conocimientos con respecto al embarazo, al puerperio y la sexualidad.</p>	<p>C</p>	<p>Alteración en el patrón sexual relacionado con la disminución de la actividad sexual durante el embarazo y puerperio manifestado por temor y dolor.</p>
<p>Vivir según sus creencias y valores</p>	<p>P.D.</p>	<p>Autoestima disminuida a causa de sus creencias.</p> <p>Se siente culpable por realizarse la oclusión tubárica bilateral.</p> <p>Fe católica</p>	<p>V</p>	<p>Sufrimiento espiritual relacionado con el método de planificación familiar elegido, manifestado por culpabilidad, llanto, depresión.</p>

Trabajar y realizarse		Sobrelleva el trabajo con el rol de madre armónicamente.		
Jugar y participar en actividades recreativas	I	<p>No le agrada realizar actividades al aire libre.</p> <p>Convive y participa en los juegos de su hija.</p> <p>Le gusta ir al cine y teatro.</p> <p>Aunque refiere que se distrae los fines de semana en su trabajo.</p>		
Aprendizaje	I	<p>En cuanto a la preparación laboral se siente satisfecha ya que constantemente está tomando cursos de actualización.</p> <p>Con respecto a las carencias de</p>		

		conocimiento en tomo a la salud está dispuesta a aprender.		
--	--	---	--	--

***Grado de dependencia**

- D = Totalmente dependiente**
- PD = Parcialmente dependiente**
- I = Independiente**

*** Fuente de dificultad**

- C = Conocimiento**
- F = Fuerza**
- V = Voluntad**

7.4 Plan de cuidados

7.5 Ejecución y evaluación

Necesidad de oxigenación.

Diagnóstico de enfermería 1: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso infeccioso, manifestado por tos, flemas, dolor, intolerancia a la actividad y presencia de fatiga.

Objetivo: La señora conocerá las medidas para mejorar el intercambio gaseoso, sanar y conservar la salud.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y registrar signos vitales. • Vigilar características del patrón respiratorio. • Informar sobre la importancia de la ingesta de líquidos. • Explicar a la señora lo que es la fisioterapia pulmonar. • Se orientará a la señora sobre cómo realizar ejercicios respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las células del organismo requieren del aporte continuo y suficiente de oxígeno y nutrientes esenciales para funcionar adecuadamente. • En condiciones normales los movimientos respiratorios deben ser automáticos, regulares y sin dolor. • La hidratación favorece que las mucosas orales se hidraten esto hace que las secreciones sean expulsadas por la persona más fácilmente. • Si la señora tiene una posición correcta, permite que el diafragma

<ul style="list-style-type: none">• Informar a la persona sobre la importancia de evitar cambios bruscos de temperatura.• Explicar la importancia de colocarse en posición de semi fowler para mejorar la ventilación.• Se dará información a la persona sobre qué es fumador activo, pasivo y las enfermedades que puede generar este hábito.• Se dará a conocer a la señora que no existe el riesgo de que la herida se abra a causa de la tos.	<p>se expanda y se realice un buen intercambio gaseoso.</p>
--	---

Evaluación: Se mejoró el patrón respiratorio de la señora A. H. con las acciones recomendadas, la familia entiende que le hace daño inhalar el humo del cigarro. Lo que ocasionó que el padre de familia disminuyera el consumo de éste o lo hiciera fuera de casa.

Diagnóstico de Enfermería 2: Riesgo de intoxicación relacionado con la automedicación.

Objetivo: Se orientará a la señora sobre la importancia de no automedicarse.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se orientara a la persona sobre las complicaciones de la automedicación. • Se hará labor de conciencia en la señora sobre la importancia del control médico. • Se hablará de la eficacia del medicamento según la patología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los químicos que contienen los medicamentos pueden causar alergias al organismo. • El médico prescribe fármacos con base al peso y la edad. • Los medicamentos están diseñados para atacar o corregir enfermedades.

Evaluación: Se logra cubrir el objetivo logrando que la señora entienda la importancia de la prescripción médica y los riesgos que conlleva la automedicación.

Necesidad de nutrición e hidratación.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con procedimientos quirúrgicos manifestado por ayuno prolongado, sangrado transvaginal, náuseas, deshidratación, palidez y calambres.

Objetivos: Enseñar las características del sangrado vaginal para que la persona identifique alguna anomalía y la exprese claramente.

Que la señora entienda la importancia de la administración de líquidos intravenosos y orales para su recuperación, como también la tolerancia a los alimentos sólidos.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a la señora líquidos vía intravenosa, según prescripción (Mixta, Hatman). • Localizar tono del fondo uterino. • Vigilar involución uterina en la señora. • Valorar cantidad, color y consistencia de loquios arrojados por la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de líquidos vía intravenosa favorece la expansión del volumen de sangre en circulación. • La salida del producto de la concepción ocasiona que el útero inicie la involución uterina. • Al desprenderse la placenta del útero se produce una ruptura de vasos

- Valorar y registrar temperatura, pulso y presión arterial de la mujer.
- Enseñar a la señora las características de los loquios y la cantidad para que identifique alguna anomalía y la exprese.
- Iniciar vía oral después de 12 horas del posquirúrgico en la señora.
- Vigilar la tolerancia a la vía oral.
- Reforzar la importancia de una dieta balanceada rica en frutas, verduras, cereales, huevo, carnes y sus derivados, además de abundantes líquidos en la señora.
- Informar a la paciente sobre la importancia de comer tres veces al día.

sanguíneos lo que ocasiona un sangrado brillante y con coágulos.

- Al disminuir el volumen de sangre circulante, disminuye la presión sanguínea.
- La ingesta de una dieta balanceada en cantidad y calidad aporta las calorías, proteínas y vitaminas que necesita el organismo para su funcionamiento.

Evaluación: La señora A. H. no presentó hipovolemía, su sangrado trasvaginal, pasó de loquios hemáticos a serosos, presenta náuseas, tolera la vía oral que consiste en líquidos y posteriormente dieta blanda. Se informa a la señora sobre la importancia de que ingerir alimentos ya que al inicio rechaza su consumo.

En la primera visita a la señora en su domicilio para el seguimiento de su caso, me percaté de que su dieta es pobre en cantidad y que sólo realiza dos comidas al día, por lo cual se le insiste en la importancia de mejorar su nutrición.

En la segunda visita a la señora se sigue insistiendo en la importancia de la alimentación y en la ingesta abundante de líquidos. La señora A. H. comenta que realiza tres comidas al día, pero siguen siendo insuficientes.

En una tercera visita se observa que la señora continúa con problemas alimenticios, por ello se le recomienda acudir a consulta médica. Se checa su peso encontrando una pérdida de cinco kilos en mes y medio. Se sugiere a la señora y a su familia, que realice una ingesta de alimentos adecuada ya que con la lactancia se pierde masa corporal.

Necesidad de eliminación:

Diagnóstico de enfermería 1: Trastorno de la eliminación urinaria relacionada con el retiro de sonda foley manifestado por disuria y ardor.

Objetivo: Restablecer la función urinaria en la señora para disminuir riesgos de infección.

Acciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se le informa a la señora sobre los beneficios de la ingesta de líquidos y de la deambulación temprana. • Enseñar a la señora a realizar el aseo genital. • Explicar a la señora que en las primeras horas después del retiro de la sonda tendrá ardor lo cual es normal. • Explicar la importancia de realizar los ejercicios de Kegel. 	<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de líquidos favorece la función renal. • El agua arrastra microorganismos, que puedan causar infecciones. • El traumatismo de la sonda irrita la mucosa. • La ejercitación del músculo favorece la tonicidad.

Evaluación: Las molestias disminuyeron en la señora A. H en las primeras horas después del retiro de la sonda y se normalizó la eliminación de la orina. Se continúa reforzando en la señora la importancia de la ingesta de líquidos. Con respecto a los ejercicios los continúa realizando.

Diagnóstico de enfermería 2: Estreñimiento relacionado con herida quirúrgica manifestado por inmovilidad, dolor y miedo.

Objetivo: Restablecer el funcionamiento intestinal para disminuir las molestias del estreñimiento.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se orientará a la señora sobre la importancia de la deambulación temprana y la ingesta de líquidos. • Se informará a la señora sobre la importancia de implementar como parte de su vida una dieta balanceada, adecuada para cubrir con sus requerimientos diarios • Se hará conciencia a la señora que no es bueno aguantarse cuando se presente la sensación de defecar. • Se dará a conocer a la señora que no es peligroso para los músculos pélvicos y 	<ul style="list-style-type: none"> • La deambulación favorece el peristaltismo intestinal. • La ingesta de líquidos y de fibra favorece que las heces sean más blandas y fáciles de desechar. • No acudir al baño en el momento en que se presenta la sensación de evacuar ocasiona que se compacten las heces. • El vendaje da sostén y compresión es suficiente para evitar una dehiscencia

abdominales el esfuerzo que realiza al momento de la evacuación intestinal.	
---	--

Evaluación: Se regularizó el funcionamiento intestinal en un lapso de 15 días.

Necesidad 2.- Termorregulador.

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de hipotermia relacionado con pérdida de volumen de líquido, por ambiente frío y efectos anestésicos.

Objetivo: Mantener a la persona en normotermia y confortable

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y registrar signos vitales de la señora. • Mantener el calor con mantas, evitar corrientes de aire. • Utilizar calor seco por medio de lámpara. • Administración de líquidos prescritos vía intravenosa. • Valorar el estado de conciencia de la señora A. H. • Corroborar horario en que pierde efectos de la anestesia en la señora. • Verificar la ingesta de líquidos calientes en la señora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales reflejan el estado de salud de la persona. • Los efectos de los anestésicos provocan hipotermia, náuseas y vómito. • La ingesta de líquidos calientes favorece que se eleve la temperatura. • Los medios físicos ayudan a la normotermia.

Evaluación: Se mantiene en normotermia a la señora con ello se favorece una pronta recuperación y sin complicaciones para su egreso.

En su domicilio se recomienda a la señora el uso de prendas de vestir adecuadas para cada clima.

Necesidad de movimiento y mantener buena postura.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de la deambulación en la señora relacionado con herida quirúrgica, punción lumbar manifestado por facies de dolor, irritabilidad, fatiga y encorvamiento

Objetivo: Que la señora comprenda la importancia de la deambulación temprana para su pronta recuperación.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de venda compresiva abdominal a la señora. • Explicar a la señora las características del sangrado al incorporarse de la cama para evitar alarma en ella. • Asistir a la señora en la primera deambulación, por si se presenta vértigo o desmayo. • Vigilar la tolerancia de la señora a la deambulación y orientarla sobre su importancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La colocación de venda compresiva y de sostén proporciona bienestar, confianza y seguridad. • Los cambios hemodinámicos o la hipotensión producen vértigo y desmayo. • La deambulación favorece la circulación y el peristaltismo intestinal. • El uso de analgésicos disminuye el dolor y facilita la movilidad.

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar un analgésico prescrito a la señora. • Explicar a la señora que las molestias del bloqueo epidural desaparecerán con el tiempo. • Enseñar a la señora que una postura erguida no afecta a la herida quirúrgica y que ésta no se abrirá • Orientar a la señora que evite levantar objetos pesados en su hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mecánica corporal favorece una buena postura, y evita lesiones en columna vertebral.
--	---

Evaluación: Al inicio la señora rechaza la movilidad refiriendo que le duele la herida quirúrgica. Después de diez horas de recuperación inicia la deambulaci6n, presentando dificultad para incorporarse de la cama, se le enseña la forma correcta de incorporarse para continuar con la deambulaci6n.

A pesar de la informaci6n continúa caminando encorvada, refiere que le es m1s c6modo caminar de esa forma.

En la primera visita a la señora en su domicilio se observa que la postura es erguida y que la agilidad ha aumentado. La molestia de la punci6n lumbar le sigue molestando y la limita en sus actividades en el hogar. Se le sugiere, aplicaci6n de calor y por creencias ella utiliza unguento y emplastos.

Necesidad de descanso y sueño:

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con lactancia materna, manifestado por cansancio, ojeras, cefalea, estrés, intolerancia e inquietud.

Objetivo: Se mejorará el tiempo de sueño y de descanso en la señora. Se enseñará la técnica de lactancia materna y posición para facilitarla.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se orientará a la señora sobre la técnica correcta de lactancia materna. • Se sugerirá a la señora que amamante al bebé por 15 minutos en cada seno. • Explicar a la señora la importancia de la ingesta de abundantes líquidos para que tenga suficiente leche y pueda satisfacer al bebé. • Explicar a la señora la importancia de tomar una siesta en el día para que pueda recuperarse. • Se recomendará utilizar musicoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una mala técnica de lactancia provoca laceraciones en las mamas y el rechazo de la madre para continuar con ella. • El bebé al succionar el pezón de la madre provoca la estimulación de la hormona productora de la leche. • Una buena hidratación favorece que se produzca más leche materna. • El sueño es reparador. • La música favorece la relajación y el descanso.

Evaluación: Se logró que la señora tuviera una mejor producción de leche materna y también mejoró la técnica de lactancia materna. Se hizo conciencia en la señora sobre delegar las actividades del hogar.

Asimismo, se mejoró el estado físico por medio de siestas por la tarde y una alimentación balanceada.

Por último, no quiso escuchar música relajante por que no le agradó la música.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería 1: Alteración de la imagen corporal relacionada con puerperio fisiológico manifestado por sentimientos de rechazo hacia su cuerpo.

Objetivo: Se informará a la señora sobre la importancia de mantener un peso adecuado y la lubricación de la piel para mejorar su aspecto general.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se orientara a la señora sobre la pérdida de peso relativa con la lactancia. • Se hablará con la señora sobre la importancia de una dieta balanceada. • Se explicará a la señora la importancia del uso de cremas para hidratar la piel. • Se informará a la paciente sobre la importancia de la consulta médica para la prescripción de vitaminas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pierde peso corporal durante la lactancia. La leche materna contiene vitaminas anticuerpos y grasa. • El organismo requiere de nutrientes para poder funcionar adecuadamente. • La falta o disminución de nutrientes provoca alteraciones en el organismo humano. • Las cremas ayudan a mantener la piel hidratada.

Evaluación: Se hizo conciencia en la señora y en la familia sobre la importancia de una dieta balanceada y el beneficio de comer tres veces al día. Se logró controlar el peso y actualmente la pérdida es paulatina, por lo que va mejorando la imagen corporal. La piel se observa más tersa y las ojeras desaparecieron. Los malestares físicos han disminuido.

Diagnóstico de Enfermería 2: Alto riesgo de infección relacionada con procedimiento quirúrgico

Objetivo: Se orientará a la señora sobre la importancia de la higiene personal para evitar infecciones.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará a la señora sobre la importancia del baño diario, cambio de apósito y de vendaje limpio. • Se hablará con la señora sobre los beneficios de la deambulación y de llevar una dieta balanceada. • Se revisará la herida de la señora para verificar que esté limpia y seca. • Se informará a la señora sobre la importancia de no aplicarse cremas, ungüentos en la herida. • Se informará a la señora que los puntos se retirarán a los siete días después de la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> • La fricción en el baño provoca la descamación de las células muertas. • Las heridas pueden ser vía de entrada de microorganismos que enfermen al cuerpo humano.

Evaluación: La herida quirúrgica de la señora cicatrizó adecuadamente. La piel se ha hidratado con la ingesta de líquidos y con cremas humectantes, los senos no muestran laceraciones a causa de la lactancia.

Necesidad de evitar peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sufrir caídas relacionado con subir escaleras de espaldas.

Objetivo: Informar sobre las medidas preventivas para evitar accidentes.

Acción de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la señora sobre los riesgos que conlleva el subir las escaleras de espalda. • Orientar a la señora sobre cómo se debe subir correctamente las escaleras. • Orientar a la señora sobre medidas específicas dentro del hogar para evitar accidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • El no visualizar las escaleras produce tensión y existe el riesgo de resbalar. • El esfuerzo al subir las escaleras es menor si se sube escalón por escalón. • Es mejor prevenir los accidentes del hogar que curar.

Evaluación: Se logró que la señora subiera las escaleras en forma pausada, es decir, escalón por escalón y de frente.

Se logró que colocara los productos de limpieza lejos del alcance de niños.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Diagnóstico de enfermería: Sufrimiento espiritual relacionado con el método de planificación familiar elegido, manifestado por culpabilidad, llanto y depresión.

Objetivo: Se informará a la señora sobre las complicaciones que se presentan en embarazos con dos cesáreas previas para que no sienta remordimientos por la decisión tomada.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se informara a la señora por medio de charlas las complicaciones más frecuentes de una tercera cesárea. • Se orientara a la señora que la sexualidad no se afectará con el método de planificación familiar elegido. • Se informara a la señora que el dejar sin una madre a sus hijas es más grave que el método de planificación elegido. • Se recomendará a la señora que acuda con su confesor para que encuentre tranquilidad espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de conocimiento provoca inquietud y temor. • El tomar decisiones sin aceptar las consecuencias provoca resentimientos y culpas que son difíciles de superar. • La religión tiene gran influencia en la conducta del ser humano. • La espiritualidad conforta el alma y favorece la toma de decisiones.

<ul style="list-style-type: none">• Se sugiere a la señora que medite y realice oración para que se sienta en contacto con Dios.• Se recomienda a la señora que acuda con un psicólogo que le ayude a comprender la culpa que siente.• Se informa a la señora sobre la cirugía reconstructiva para ser recanalizada de las Trompas de Falopio.	<ul style="list-style-type: none">• Los avances en la cirugía han progresado y se puede recanalizar las Trompas de Falopio.
--	---

Evaluación: La señora A. H. no ha podido superar el conflicto, al acudir con su confesor la llenó de más culpa, afectando también a la familia, ya que esto le ocasiono conflictos con su pareja. Por lo cual se le sugirió que acuda con un terapeuta (psicólogo) para solucionar este problema. Se continúa con el reforzamiento de auto cuidado y se informa sobre la cirugía para ser recanalizada de las Trompas de Falopio.

Necesidad de comunicarse y sexualidad

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el patrón sexual relacionado con la disminución de la actividad sexual durante el embarazo y puerperio manifestado por temor y dolor.

Objetivo: Se fomentará la educación sexual durante el embarazo y el puerperio en la señora para que exprese sus dudas y se aclaren.

Acciones de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se enseñará a la señora cómo es el desarrollo del embarazo. • Explicar a la señora cómo está protegido el feto dentro del útero y las barreras que lo cubren. • Se platicará con la pareja sobre las situaciones en las que es conveniente no tener relaciones sexuales durante el embarazo. <p>Se informará a la señora cuando puede reiniciar la actividad sexual después del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La información adecuada pone fin a temores y dudas. • Se favorece la interrelación de pareja. • Se estimula la educación sexual para con los hijos. • Los mitos y tabúes contribuyen a la ignorancia.

Evaluación: Se logró aclarar las dudas que la señora tenía sobre las relaciones sexuales durante el embarazo y cuando puede reiniciar la actividad sexual después del embarazo.

8.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En un principio los cuidados enfermeros se consideraron sólo como un acto de vida que solucionaba los males que atacaban a la persona, conforme paso el tiempo la apreciación de la salud y la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad, lo que la condiciona de acuerdo a los valores, creencias cultura y los factores sociales que vive el hombre.

El conocer los antecedentes sobre la enfermería y como las primeras enfermeras fueron desarrollando los principios que les permitieron pasar de empíricas a técnicas fue el inicio del despertar para una gran profesión, la cual ha estado evolucionando para consolidarse como una verdadera profesión, esto fue gracias a las teóricas que propusieron sus modelos metodológicos para la atención de la enfermería los cuales se han ido perfeccionando se logró que pasaran de ser consideradas simples artesanas a profesionistas reales haciendo que la carrera de enfermería sea considerada como algo digno de seguir.

En este trabajo se ha desarrollado la habilidad para manejar el modelo de Virginia Henderson con la finalidad de brindar la atención adecuada que la persona requiere y el poder transmitir estos conocimientos a los compañeros de trabajo, esperando con ello poder contribuir, en la medida de lo posible, a corregir las malas costumbres y prácticas que no son favorables para las necesidades de la persona.

Con esto se busca que la profesión de enfermería se mantenga en constante crecimiento para solidificarse como una profesión, por ello es fundamental que todas las enfermeras tengan una definición clara de su profesión, así como los conocimientos científicos y técnicos encaminados a ayudar al individuo a mantener y mejorar sus funciones tanto psicológicas, biológicas y sociales para que se desarrolle armónicamente.

Es esencial conocer al ser humano de una manera integral, saber el desarrollo del individuo lo cual nos sirve para brindar la atención precisa.

Se tiene que dejar la costumbre de querer tratar a la persona únicamente en el aspecto médico, es importante conocer la etiología de la enfermedad, sin dejar de lado que la función de la enfermera es ayudar tanto al individuo enfermo como al sano a realizar las actividades, que contribuyan a recuperar su salud o bien a prevenir y fomentar el cuidado de su salud o incluso ayudarlos a bien morir.

Concluiremos diciendo que el proceso de atención de enfermería sirve para brindar una orientación a los requerimientos detectados, en nuestra opinión el enfoque holístico, permite que la persona muestre una actitud de cooperación, aunque los factores psico-sociales como la religión, retrasaron en un momento dado el cumplimiento de los objetivos planeados, por lo que se buscaron alternativas que permitieron ayudar a la persona a afrontar sus decisiones y lograr con ello una estabilidad emocional, por lo tanto el objetivo se cumplió en un 100% y con respecto al cuidado del recién nacido no se asesoró a la persona tratada ya que contaba con la experiencia necesaria por ser su segundo embarazo.

9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adaptado de Ackley-Ladwing. G. B. *Diagnósticos de Enfermería importantes para enfermedades, trastornos y procedimientos*. Haspton et al. Nursing. Diagnosis Harrrdbook Aquideto, s/a.
2. Collier, N.F. *Promover la vida*. Interamericana -McGraw-Hill, Madrid, 1995.
3. Félix Ramírez Alonso. *Obstetricia para enfermeras profesional*, Manual Moderno, México, 2002.
4. Fernández Ferrín, Carmen et al. *El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería*, Masson Salvat, Barcelona, 1995.
5. Fundación Santa Fe de Bogota. *Actualización en Enfermería Vol.5, No.4*, diciembre, 2002.
6. García Caro, Catalina et al. *Historia de la Enfermería Evolución Histórica del Cuidado Enfermero*, Harrou, Madrid, 2001.
7. Helen L. Bee, Sandra Michell. *El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida*, 2ª ed., México, 1987.
8. Hernández A. Virginia. *La naturaleza de la Enfermería*, Interamericana McGraw-Hill, México, 1994.
9. Hernández Canosa Juana. "Significado Histórico de los Cuidados de Enfermería." en *Historia de la Enfermería una análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería*, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1995.
10. Kozier, Bárbara et al. *Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería*, 2ª ed., Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1995.
11. Lynda J. Carpentito. *Diagnósticos de Enfermería Aplicación a la Práctica Clínica*, 3ª ed., Intramericana -McGraw-Hill, 1990.
12. Phaneuf, Margot. "Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en cuidados de Enfermería", *El Proceso de Atención de Enfermería*, McGraw-Hill, Madrid, 1993.
13. Rosales Barrera Susana. *Fundamentos de Enfermería*, 2ªed., Manual Moderno, México, 1999.
14. Taker, Canobbio, Paquette. Wills. *Normas de cuidados del paciente*, 6ª ed., Vol.3, Harcour- Océano, España, s/a.

15. Urden, Linda. *Cuidado intensivo en Enfermería*, Larcourt Braee, España, 1999.

ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**INSTRUMENTO METODOLÓGICO
PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

ELABORÓ: _____

DÍA DE ASESORÍA: _____

TUTOR: _____

FECHA: _____

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería y posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuesto, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y de su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para la utilización del presente instrumento el alumno maneje conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

- I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- II. VALORACIÓN E NECESIDADES HUMANAS
 - 1 Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
 - 2 Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.
 - 3 Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje.

- III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

- IV. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- V. EVALUACIÓN

- VI. PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación _____
 Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
 Procedencia: _____ Fuente de formación: _____
 Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

▪ Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor
 asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde
 cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día/ varía la cantidad según su estado
 emocional: _____

▪ Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva /seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____
 Trastornos digestivos: _____
 Intolerancias alimentarias / Alergias: _____
 Problemas de la masticación y deglución: _____
 Patrón de ejercicio: _____

- Objetivo:

Turgencia de la piel: _____
 Membranas mucosas hidratadas / secas: _____
 Características de uñas / cabello: _____
 Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____
 Aspectos de los dientes y encías: _____
 Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina
 y menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____
 Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
 Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____
 Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: _____

- Objetivo:

Abdomen características _____

Ruidos intestinales: _____
 Palpación de la vejiga urinaria: _____
 Otros: _____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____
 Ejercicio / tipo y frecuencia: _____
 Temperatura ambiental que le es agradable: _____

- Objetivo:

Características de la piel: _____
 Transpiración: _____
 Condiciones del entorno físico: _____
 Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____
 Actividades en el tiempo libre: _____
 Hábitos de descanso: _____
 Hábitos de trabajo: _____

- Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: _____
 Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad: _____
 Posturas: _____
 Necesidad de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____
 Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____
 Estado emocional: _____
 Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____
 Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
 Siesta: _____ Ayudas: _____
 Insomnio: _____ Debido a: _____
 Descansado al levantarse: _____

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____
 Ojeras: _____ Atención _____ Bostezos: _____ Concentración: _____
 Apatía: _____ Cefaleas: _____
 Respuesta a estímulos: _____
 Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____
 Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____
 Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
 Vestido completo: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

▪ Subjetivo:

Frecuencia del baño: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____

▪ Objetivo:

Aspecto general: _____

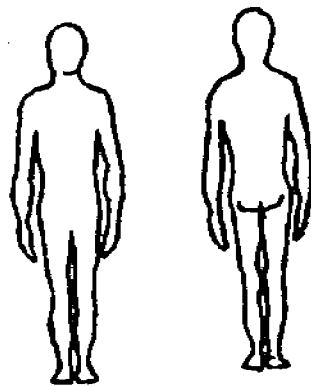
Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas Tipo: _____

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: _____



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

▪ Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes
Hogar: _____

Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

▪ Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.-NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse,
jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

▪ Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

▪ Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

▪ Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

▪ Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

▪ Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

Estas satisfecho con su trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: _____

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: _____

▪ Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- **Subjetivo:**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
 Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____
 Recursos en su comunidad para la recreación: _____
 Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

- **Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular: _____
 Rechazo a las actividades recreativas: _____
 Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: _____
 Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **Subjetivo:**

Nivel de educación: _____
 Problemas de aprendizaje: _____
 Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____
 Preferencias: leer / escribir: _____
 Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

 Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____

 Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

 Otros: _____

- **Objetivo:**

Estado del sistema nervioso: _____
 Órganos de los sentidos: _____
 Estado emocional: ansiedad, dolor: _____
 Memoria reciente: _____
 Memoria remota: _____
 Otras manifestaciones: _____

III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia [*]	Diagnóstico de Enfermería
1. Oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
2. Nutrición e hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
3. Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
4. Moverse y mantener una buena postura	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
5. Descanso y sueño	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
7. Termorregulación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
8. Higiene y protección de la piel	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
9. Evitar peligros	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
10. Comunicarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
11. Vivir según sus	I _____	_____

^{*} (I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

creencias y valores	PD _____ D _____	_____
12. Trabajar y realizarse	I _____ PD _____ D _____	_____
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I _____ PD _____ D _____	_____
14. Aprendizaje	I _____ PD _____ D _____	_____

- (I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

**IV Y V PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y
EVALUACIÓN**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES

VI PLAN DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES