



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“CUIDADOS EN LAS NECESIDADES BÁSICAS DE UNA MUJER
EN LA ETAPA DE PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO “**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA:
ROSA MA. SUSTAITA ESPÍNDOLA
NO. CTA. 095532611**

DIRECTORA DEL TRABAJO:

MAESTRA. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ.

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 14 DE 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por que de el se deriva todo ; por el fui, soy y seré por iluminarme de noche y de día sobre todo por alentarme en los momentos difíciles, por todo eso y más gracias Dios.

A mis padres por su apoyo y su amor incondicional.

A mis amados hermanos especialmente a ti Silvestre que ya no estas físicamente pero se que estas mas cerca mi en mi corazón, gracias por todo lo que me diste; Gracias Gaby y Luis por su gran amor los amo gracias también a mis cuñadas y mis sobrinos sean siempre fuertes y luchen por sus sueños, mil gracias por creer en mi.

Gracias a ti que me motivas a ser mejor.

A los pacientes por permitirme aplicar mis conocimientos, que Dios los bendiga, por ser parte importante en mi vida personal y profesional, mi amor para ustedes.

A todos mis profesores y sinodales Maestra Ma. Del Carmen Guillen, Maestra Gloria Anaya, Maestro Manuel Morales por el espacio y el tiempo que me brindaron, para alimentarme y pulirme con su sabiduría, especialmente ala Maestra Margarita gracias por asesorar este trabajo por escucharme y alentarme mil Gracias

A mi hogar la ENEO y a todas las personas que han estado cerca brindándome su sabiduría y su apoyo.

A mis compañeras de escuela por compartir sus experiencias y algo tan valioso como su amistad.

A todas mis compañeras enfermeras gracias por su confianza y todas las cosas bonitas que siempre me brindan para crecer; espero dejar algo positivo en sus vidas.

A mis amig@s que me brindan su cariño y amistad tan invaluable no menciono nombres para no omitir a alguno pero ustedes saben que son importantes, mi cariño para ustedes

A mis jefes que mas que eso han sido mis maestros por que han compartido sus experiencias para mi crecimiento profesional.

A mis pasantes de enfermería de los cuales también aprendo, l@s quiero, triunfen que si lo hacen lo habré hecho yo también.

En fin a todas las personas que han estado cerca de mi y a las que están por llegar se que en este proceso de vida siempre dejaran algo bueno para mi.

DIOS LOS BENDIGA.....

No solo pongas tu esfuerzo, si no también el corazón en todo lo que hagas....



Rosa Ma.Sustaita Espíndola

INDICE

Introducción.....	4
I Justificación.....	5
II Objetivos.....	6
III Metodología del trabajo.....	7
IV Marco teórico.....	9
4.1 Antecedentes.....	9
4.2 Método Enfermero.....	12
4.3-Modelo de Virginia Henderson conceptos y postulados.....	15
4.4 Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson.....	17
4.5 Necesidades fundamentales y componentes.....	17
4.6 El puerperio.....	18
V Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	25
5.1 Valoración de necesidades humanas	25
5.2 Diagnostico de enfermería.....	34
5.3 Plan de intervenciones de enfermería.....	37
5.4 comentario final	44
5.5 Plan de alta de enfermería.....	45
VI Conclusiones.....	47
VII Glosario de términos.....	48

VIII Anexos.....	50
8.1.-Historia clínica de enfermería.....	50
8.2 Lista de diagnósticos de enfermería de la NANDA.....	51
IX Bibliografía.....	58

INTRODUCCION

El proceso de enfermería se puede considerar como la esencia en el cuidado de la profesión de enfermería y su metodología científica da soporte a la atención a la persona, ya que este método universal permite proporcionar los cuidados en este caso a partir de la detección y valoración de las necesidades desde su dimensión de integridad física, psicológica, social y espiritual, a individuos familias y comunidades mediante sus cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación. Es aplicable a pacientes ambulatorios y hospitalizados, lo que permite actuar de manera independiente en la solución de problemas de salud reales o potenciales.

En el presente trabajo se presenta el proceso enfermero aplicado a una mujer en puerperio fisiológico inmediato.

Para su elaboración se tomo como base la propuesta del modelo de VIRGINIA HENDERSON, que identifica catorce necesidades básicas en la persona que constituyen los componentes de la atención de enfermería.

Así mismo se contó con apoyo de los diagnósticos normados por la NANDA, para la elaboración del presente.

El contenido presenta el desarrollo general del proceso de atención de enfermería. Una breve historia, seguidas del concepto, objetivos, organización, descripción de las etapas del mismo, así como cambios anatomo-fisiológicos durante el embarazo y puerperio, a su vez se aplica el método enfermero con base en Virginia Henderson, finalmente conclusiones del trabajo.

I.- JUSTIFICACIÓN

Los retos prioritarios del programa nacional de salud incluye la equidad en la prestación de los servicios de salud, la calidad en su dimensión técnica e interpersonal y la protección financiera de la población¹.

Para lograr esto destacan como imperativos la eficiencia, competencia y calidad profesional de los recursos humanos de salud, responsables directos de otorgar estos servicios.

Por tal motivo es necesario la elaboración y aplicación del proceso de atención de enfermería para contar con un método claro que precise el desempeño de las actividades y funciones del equipo de enfermería, que es fundamental en los servicios de salud

Por tanto es de vital importancia la experiencia profesional que es una cualidad que el personal de enfermería busca desarrollar y la aplicación del proceso enfermero permite lograr el alcance de dicha encomienda.



¹S.S.A PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2007-2012 México 2007

II.- OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar y aplicar el proceso de atención de enfermería, en una mujer en puerperio fisiológico inmediato basado en el modelo de Virginia Henderson, para detectar sus necesidades bio-psico-sociales y espirituales, así como evitar o reducir complicaciones, personalizarlo y contribuir en gran medida a su satisfacción durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar y prevenir problemas potenciales que pongan en riesgo la integridad de la mujer puérpera.

- ❖ Planear y poner en práctica un plan de cuidados enfocados a la satisfacción de la mujer puérpera con enfoque humano.

- ❖ Evaluar si la mujer comprende los aspectos básicos del puerperio y si coopera con las recomendaciones para evitar complicaciones futuras.



III.- METODOLOGIA DEL TRABAJO

La metodología se apoya en el proceso de atención de enfermería, la cual permite fundamentar la teoría de enfermería, y las etapas de desarrollo por las que atraviesa la persona, el proceso salud enfermedad, procurando un entorno y necesidades para ofrecer un cuidado integral enfermero.

Para la aplicación del proceso de atención de enfermería se seleccionó a una mujer con puerperio fisiológico inmediato.

Se aplica el modelo de Virginia Henderson con las catorce necesidades y las cinco etapas del proceso enfermero como son: la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la etapa de valoración se reúne la información necesaria para determinar la situación actual

Los diagnósticos de enfermería se basaron en la taxonomía de la NANDA.

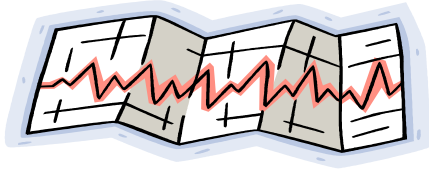
Durante la etapa de planificación se priorizó los diagnósticos y se desarrolla un plan de atención diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la mujer a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

La obtención de datos se realiza mediante la entrevista directa y en forma indirecta con los familiares.

El análisis se realizó a partir de la relación que existe entre la necesidad dependiente con la causa de dificultad para satisfacer las 14 necesidades fundamentales del individuo que nos permitan construir los diagnósticos de enfermería.

Se jerarquiza los diagnósticos de enfermería.

Se definen los objetivos para que con base en ello se realicen las intervenciones y se evalúen los resultados de acuerdo con la satisfacción de las necesidades de la persona y del seguimiento del proceso.



IV.-MARCO TEORICO.

4.1.- ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Peplau H. en 1952. Identifica las cuatro fases en una relación interpersonal, orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico. Se trata de una relación humana entre una persona enferme y una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda de responderle a estas.

La intervención de la enfermera es terapéutica y supone ayuda y asistencia.

La interacción se realiza entre dos personas que tienen en un objetivo en común

Lo que implica respeto, desarrollo y aprendizaje entre los dos participantes de esta interacción.

HALL en 1955 . Introduce el término proceso en enfermería (método enfermero).

Y define al cuidado como un acto profesional en el cual la enfermera interactúa con la persona en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje, en el que la enfermera se centra en el conocimiento de los cuidados que se han de prodigar al cuerpo humano, de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento y que se corrijan, teniendo en cuenta la personalidad del cliente. A la persona como un ser compuesto de tres aspectos (cuerpo, patología, persona).

Que busca sus propios objetivos y conseguir su máximo potencial por un proceso de aprendizaje cuya base es la de toma de conciencia de sus sentimientos y de sus comportamientos y la clasificación de sus motivaciones; la salud es la curación por la autoconciencia liberada sus propias fuerzas de curación.

Kreuter F.R. En 1957 describe las fases del proceso como coordinación, planificación y evaluación del cuidado que implica a la familia como auxiliar de la enfermera cuidadora.

Jonson D.E. En 1959 refiere al proceso como la valoración de las situaciones toma de decisiones y ejecución de acciones para resolver problemas. Para Jonson el cuidado es el arte y ciencia que tienden a la restauración mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado mas alto posible y la persona es un sistema de comportamientos que contienen siete subsistemas pertenencias, dependencia, autorrealización agresividad, ingesta, eliminación y sexualidad. Y la salud es un estado determinado por factores psicosociologicos, valorado y compartido por los profesionales de la salud, estado de equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud.

Orlando J. en 1961. Lo concibe como una interacción de tres fases; conducta del cliente, relación de la enfermera y actividad de la enfermera.

Define el cuidado como una interacción entre la enfermera y la persona que tiene la necesidad de ayuda; proceso que pide a la persona validar su necesidad y la ayuda recibida con el fin de mejorar su salud. A la persona la define como un organismo humano capaz de desarrollarse, sujeto a necesidades y que está bajo la supervisión médica o tratamiento médico

Entre las necesidades del individuo clasifica las de: ayuda, angustia, relación interpersonal.

Henderson Virginia en 1965 planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico. Ella postula que la persona es un todo complejo presentando 14 necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural . Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla.

Roy Sor C. en 1976. Utilizó el proceso de seis etapas, apreciación de las conductas del cliente, identificación de problemas, establecimiento de metas, intervención, selección del enfoque y evaluación. Abogó por el uso del término diagnóstico de enfermería, Roy postula que la persona se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos , los cuales son biológicos psicológicos y sedales. La adaptación de la persona depende de los estímulos a los cuales está expuesta y de su nivel de adaptación.²

La OMS en 1977. Definió el proceso de enfermería como un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias y las comunidades, o ambos, implica el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud de la persona , familia o comunidad, así como el utilizar para aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir dichas necesidades, la administración ,evaluación de los cuidados.

² ENEO-UNAM Teorías y modelos de enfermería antología México 2004

La enfermera en colaboración con otros miembros de equipo de salud y con el individuo o grupos que se atiende, define los objetivos, fija prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza los recursos. Entonces proporciona servicios de enfermería directa o indirectamente, posteriormente evalúa los resultados. La información que recibe de la evaluación debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de los cuidados de enfermería. De este modo enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a la adaptación y mejoría de manera continua.

4.2.- METODO ENFERMERO

CONCEPTO:



Es un método racional y sistemático para planificar y proporcionar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de los objetivos. Es organizado y sistemático por que consta de cinco fases secuenciales e interrelacionados.

OBJETIVO:

Identificar las necesidades y cuidados actuales o potenciales de la persona para establecer planes y realizar acciones específicas dirigidas a cubrirlas en gran medida.

COMPONENTES:

⇒ Valoración, consiste en recopilar verificar los datos objetivos y subjetivos sobre el nivel de salud del paciente.

- ⇒ Diagnóstico, es un juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia y comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud.
- ⇒ Planificación, proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados de enfermería de calidad.
- ⇒ Ejecución, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.
- ⇒ Evaluación, es juzgar o valorar, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.³

Se aplica a individuos, familias y comunidades. Proporciona un marco de responsabilidad a las enfermeras.

CARACTERISTICAS DEL METODO ENFERMERO

- Sistema abierto, flexible y dinámico.
- Es clínico
- Permite la creatividad.
- Es planificado
- Esta dirigido hacia las metas
- Es interpersonal
- Individualiza las necesidades del paciente
- Se explica de manera universal.



³ ALFARO ROSALINDA “Aplicación del proceso de enfermería guía practica” 2ª ed. , Barcelona España, Doyma,1998 pag3-11

VENTAJAS

Para la persona

- Calidad en el cuidado
- Continuidad en el cuidado
- Participación del paciente

Para la Enfermera

- Educación constante y sistemática
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional
- Evitar acciones legales



Para desarrollar el proceso de enfermería deben participar al menos dos personas, la persona y la enfermera. La persona puede ser un individuo, la familia o comunidad.

La enfermera requiere capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión, interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad de la persona.⁴

⁴ Idem

4.3 -MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

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

Lo que la llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, ya que desde su época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

PRINCIPALES CONCEPTOS:

ENFERMERÍA

La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, y que se realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesario. Y hacer esta de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

SALUD

La calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

ENTORNO

El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a al vida y al desarrollo de un organismo.

PERSONA

Un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

FUERZA

La dependencia proviene que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física si no también de la fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

VOLUNTAD

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitada por la falta de recursos económicos o por factores socioeconómicos.

CONOCIMIENTO

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo y en general lo que se refiere a prevención, curación o rehabilitación.

PRINCIPIOS SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

1. Todo ser tiende hacia la independencia y la desea.
2. El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

3. Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero independiente.

4.4 VALORES QUE FUNDAMENTAN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

- ❖ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ❖ Cuando la enfermera usurpa la función del médico cede su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ❖ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro profesional le puede proporcionar.

4.5 NECESIDADES FUNDAMENTALES Y COMPONENTES.

Identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

- 1 Respirar normalmente
- 2 Comer y beber de forma adecuada
- 3 Eliminar los residuos corporales
- 4 Moverse y mantener la posición adecuada
- 5 Dormir y descansar
- 6 Vestirse y desvestirse
- 7 Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de ropa y la modificación del entorno.
- 8 Mantener el cuerpo limpio y cuidado; los tegumentos protegidos
- 9 Evitar los riesgos del entorno y evitar lesiones para otros
- 10 Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores y opiniones



- 11 Realizar prácticas religiosas según las creencias de cada uno
- 12 Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado
- 13 Jugar o participar en algunas actividades recreativas
- 14 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que se conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁵

4.6-EL PUERPERIO

El puerperio fisiológico es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, y oscila entre 6 y 8 semanas y se divide en:

Puerperio inmediato: primeras 24 horas

Puerperio mediato: después de las 24 horas a los 8 días

Puerperio tardío: después del octavo día hasta los 40 días⁶

Durante este tiempo, el tracto reproductivo retorna anatómicamente a un estado normal de no gestación.

INVOLUCION UTERINA

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo del útero contraído esta levemente por debajo del ombligo. El cuerpo uterino consiste entonces en su mayor parte de miometrio cubierto por serosa y tapizado por la decidua basal.

Las paredes anteriores, en cercana posición miden 4 y 5 cm de espesor cada una.

⁵ GARCIA GONZALEZ MA. DE JESUS “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson” 1ª edición, ed. Progreso México 1998 pag. 32 a la 62

⁶ MONDRAGON CASTRO HECTOR “Obstetricia básica ilustrada” editorial trillas México 1995 pag.247

Debido a que sus vasos están comprimidos por el miometrio contraído, el útero puerperal en secciones aparece isquémico cuando se le compara con el órgano gestante hiperémico púrpura-rojizo.

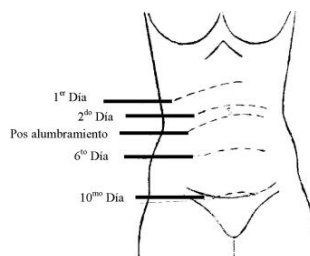
Después de los dos primeros días, el útero comienza a retraerse, de manera tal que en dos semanas siguientes ha descendido adentro de la cavidad de la pelvis verdadera, recupera su tamaño previo a la gestación en alrededor de cuatro semanas.

El útero posparto inmediato pesa aproximadamente 1kg, como consecuencia de la involución, una semana después pesa 500g aproximadamente, para disminuir hacia el final de la segunda semana se acerca a los 300g y enseguida a 100g o menos.

La cantidad de células musculares no disminuye de manera apreciable; en cambio, las células individuales disminuyen marcadamente de tamaño.

La involución del tejido conectivo ocurre de manera igualmente rápida.

Debido a la separación de la placenta y de las membranas que envuelven la capa esponjosa, la decidua basal permanece en el útero, la decidua que permanece tiene variaciones notables en el espesor, una apariencia dentada irregular y esta infiltrada con sangre, especialmente en el sitio de la placenta.



REGENERACION DEL ENDOMETRIO

Dentro de los 2 a 3 días posteriores al parto la decidua remanente comienza a diferenciarse en dos capas, la superficial se vuelve necrotica y se transforma en loquios, la capa basal adyacente al miometrio se origina a partir de la proliferación de los remanentes glandulares endometriales y la estroma del tejido conectivo ínter glandular.

La regeneración es rápida, excepto en el sitio de la placenta.

En una semana aproximadamente, la superficie libre se recubre de epitelio, y el endometrio entero recupera durante la tercera semana.

INVOLUCION DEL SITIO PLACENTARIO

La cicatrización del sitio placentario tiene lugar a las 6 semanas, este proceso es de gran importancia clínica ya que cuando es defectuoso, puede sobrevenir una hemorragia puerperal tardía inmediatamente después del parto, el tamaño placentario es aproximadamente del tamaño de la palma de mano, pero disminuye con rapidez. Hacia el final de la segunda semana, tiene diámetro de 3 a 4 cm.

CAMBIOS EN EL CUELLO Y SEGMENTO INFERIOR

El borde cervical externo, por lo general esta desgarrado, en especial lateralmente.

La dilatación cervical se contrae con lentitud y a los pocos días posteriores al trabajo de parto admite con facilidad la entrada de dos dedos.

Hacia el final de la primera semana ya se ha estrechado, a medida que el orificio se contrae, se engruesa el cuello y el canal se corrige, no obstante en el momento de la involución completa, el orificio externo no recupera por completo su apariencia pregrávida, permanece algo mas amplio y de manera característica las

depresiones bilaterales en el sitio de los desgarros permanecen como cambios permanentes que caracterizan al cuello que ha parido.

El segmento inferior marcadamente adelgazado se contrae y se retrae no en forma tan enérgica como el cuerpo del útero. En el curso de unas pocas semanas, el segmento inferior se convierte de una estructura claramente evidente, lo bastante grande como para contener la mayor parte de la cabeza fetal, en un istmo uterino escasamente discernible ubicado entre el cuerpo uterino y el cuello por debajo.

VAGINA

Tempranamente en el puerperio, la vagina y el introito forman un pasaje de paredes lisas, espacios, que gradualmente disminuye de tamaño pero que rara vez vuelve a las dimensiones de una nulípara. Las rugosidades reaparecen hacia la tercera semana.

El himen está presentado por diferentes pequeños apéndices de tejido, los cuales durante la cicatrización se convierten en la caruncular mirtiformes.

PERINEO Y PARED ABDOMINAL

Como resultado de la ruptura de las fibras elásticas en la piel y la distensión prolongada causada por el ítero gestante, las paredes abdominales permanecen blandas y flojas. El retorno al estado de normalidad para estas estructuras requiere varias semanas.

CAMBIOS EN EL TRACTO URINARIO

La vejiga del puerperio tiene una capacidad aumentada y una insensibilidad relativa a la presión del líquido vesical.

La sobre distensión, el vaciamiento incompleto y la excesiva orina residual son frecuentes. El efecto paralizante de la anestesia, especialmente la de conducción, y la función neural de la vejiga temporalmente alterada son sin duda factores contribuyentes.

Los uréteres y la pelvis renal dilatada vuelven a su estado pregestacional a partir de las 2 a 8 semanas después del parto.

CAMBIOS LAS GLANDULAS MAMARIAS

El aspecto de las mamas se torna con la piel tersa, aspecto congestivo, turgente, aumento local de la temperatura, red venosa superficial evidente, pezón formado, erecto, fácilmente estimulable, salida espontánea de leche.

LACTANCIA

El calostro es un líquido amarillo limón intenso segregado por las mamas durante los primeros días posparto. Generalmente puede ser extraído de los pezones en el segundo día posparto.

El calostro tiene mas minerales y proteínas, muchas de las cuales son globulinas, pero menos azúcar y grasa, el calostro a pesar de esto, contiene grandes glóbulos de grasa denominados corpúsculos del calostro a veces se piensa que son células epiteliales

Que sufren una degeneración de grasa y otros que son fagocitos mononucleares que contienen grasa. La secreción de calostro persiste durante aproximadamente 5 días.

Con una conversión gradual a la leche madura durante las siguientes 4 semanas.

Los anticuerpos son demostrables en el calostro y su contenido de inmunoglobulina tipo "a" puede ofrecer protección al recién nacido contra los patógenos entéricos. Estos incluyen complemento como, macrófagos, linfocitos, lactoferrina, lactoperoxidasa y lisozimas.

La leche humana es una suspensión de grasa y proteína en una solución de carbohidratos mineral.

Una madre que amamanta produce fácilmente 600ml. De leche al día.



ENTUERTOS

En las primíparas, el útero del puerperio permanece tónicamente contracturado.

En las multíparas en particular, el útero a menudo se contrae vigorosamente a intervalos y da origen a los entuertos, Ocasionalmente estos dolores son lo suficientemente intensos como para requerir de la administración de un analgésico.

Los entuertos se manifiestan en especial cuando el lactante succiona, probablemente debido a la liberación de oxitócica, por lo general disminuyen en intensidad y son leves hacia el tercer día posparto.

LOQUIOS

El carácter y la cantidad de los loquios indican en forma indirecta el progreso de cicatrización normal, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución de los componentes sanguíneos en el flujo loquial.

La cantidad varía de una a otra persona y en general son más profusos en multíparas. Los loquios pueden incrementarse cuando se inicia la ambulación en etapas tempranas, debido al estancamiento vaginal y al aumento de contracciones uterinas.

Los loquios tienen color rojo oscuro del primer al tercer día después del parto en general se producen en cantidades moderadas. En el cuarto día suelen ser serosos de color rosado y el flujo disminuye. Transcurrida de una semana a diez días, los loquios se hacen blancos amarillentos y el flujo escasea. Los loquios albos persisten hasta cerca de tres semanas después del parto, lo que indica el progreso normal de la cicatrización. Cuando se vuelve a observar sangre fresca y roja después de que los loquios han pasado por la etapa serosa o blanca, pueden ser indicio de infección o hemorragia retrasada.

El olor es similar al de un periodo menstrual normal y no deben tener olor desagradable o apestar, y si son de mal olor abundantes y existe fiebre indican una infección potencial o retención de fragmentos placentarios⁷.

⁷ Guillen Velasco Rocío y et CRECIMIENTO Y DESARROLLO ANTOLOGÍA ENEO UNAM pag332-333

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1-VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

Disnea debido a: no Tos productiva seca: no Dolor asociado con la respiración: no Desde cuando fuma /cuantos cigarrillos al día/varia la cantidad según su estado emocional toxicomanías y tabaquismo negados.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A 110 70 Pulso 82x1

Frecuencia respiratoria 22x1 Temperatura 35 grados

Estado de conciencia alerta

Coloración de piel/lechos ungueales /peri bucal: palidez ligera Circulación del retorno venoso: llenado capilar normal menor a 2 segundos

Otros negados

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual: balanceada, frutas verduras , leche ,derivados , huevo. carne 4x7

numero de comidas al día: la recomendada durante su embarazo 3 mas dos

colaciones ligeras Trastornos digestivos: refiere estreñimiento postparto

Intolerancia alimentaría / alergias: negadas

Problemas de la masticación y deglución: negados

Patrón de ejercicio: camina diariamente por 20 minutos

NECESIDAD DE ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Deposición una vez al día

Características de las heces, orina y menstruación: Orina en volumen y color normal, sangrado transvaginal postparto abundante con dolor, heces de consistencia dura una vez al día.

Historia de hemorragias /enfermedades renales/otros: Negados

Uso de laxantes: Negados.

Hemorroides:Negados.

Dolor al defecar orinar o menstruar: Negado.

Como influyen sus patrones emocionales en sus patrones de eliminación: refiere dificultad para evacuar y orinar adecuadamente y eso le causa incomodidad.

Objetivo:

Abdomen características: Abdomen flácido, blando con estrías.

Ruidos intestinales: disminuidos.

Palpación de la vejiga: se palpa a nivel del abdomen bajo disminuida.

Otros: La paciente refiere dificultad para evacuar y orinar adecuadamente.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: No tiene problemas de adaptación.

Ejercicio/ tipo y frecuencia: No realiza.

Temperatura ambiental que le es agradable: El calor.

Objetivo:

Características de la piel: Piel tibia, turgente y lisa al tacto.

Transpiración: Traspira poco.

Condiciones del entorno físico: Se encuentra en su cama en posición de decúbito dorsal con cobija, manifiesta sensación de frío, en la toma de temperatura se reportan 35 grados centígrados.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Le gusta estar activa y en movimiento con sus quehaceres del hogar.

Actividades de tiempo libre: Gusta de bordar ver la televisión, tejer y cocinar postres para su familia

Hábitos de descanso: Dormir.

Hábitos de trabajo: se dedica a las labores propias de su hogar.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ Fuerza: Normal.

Capacidad muscular, tono/ resistencia, flexibilidad: Normal.

Postura: Decúbito dorsal y lateral.

Necesidad de ayuda para la deambulación: La requiere ya que presenta limitación al movimiento.

Dolor con el movimiento: La paciente refiere dolor en la región perianal debido a la episorrafia.

Presencia de temblores: no refiere

Estado de conciencia: Alerta.

Estado emocional: Se encuentra emocionada por el nacimiento de su bebe.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Subjetivo:

Horario de descanso: Dos horas después de comer.

Horario de sueño: De 11 pm a 6 am.

Horas de descanso: a veces 2 hrs

Horas de sueño: De 7 a 8 hrs en promedio.

Siestas: ocasional.

Ayudas: Ninguna

Insomnio: si. Debido a: La angustia que le genera su nuevo rol de madre

Descansada al levantarse: levemente con sueño

Objetivo:

Estado mental, ansiedad /estrés/lenguaje: Ansiedad

Ojeras: son visibles **Bostezos:** si **Concentración:** Se nota distraída

Apatía: No **Cefalea:** No refiere

Respuesta a estímulos: Verbales, sensitivos y pupilares la respuesta es favorable **Otros:** La paciente refiere sentirse fatigada pero no concilia el sueño ya que le preocupa su bebe.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir?

No influye de ninguna manera

Su auto estima es dominante en su modo de vestir NO

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Presenta limitación al movimiento debido a la episiorrafia.

Vestido incompleto: NO

Sucio: No

Inadecuado: NO

Otros: ninguno

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: Diario

Momento preferido para el baño: Por las mañanas

Cuantas veces se lava los dientes al día: Tres veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: Si

Después de eliminar: Si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

No

Objetivo:

Aspecto general: Se observa limpia y en lo general en buenas condiciones

Olor general: sui generis

Halitosis: No se percibe

Estado de cuero cabelludo: Normal

Lesiones dérmicas tipo: Estrías abdominales únicas

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Solo su esposo y ella y ahora el bebe.

Como reacciona ante la situación de urgencia: Con temor al principio después se tranquiliza para solucionar la situación

Conoce las medidas preventivas de accidentes:

Hogar: Gas cerrado, evitar objetos mal puestos que puedan provocar caídas, mantener las instalaciones eléctricas en buen estado, y tener a la mano teléfonos de emergencia.

Trabajo: Se dedica a las labores propias de su hogar.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si y ahora con mayor razón desde que se embarazo.

Familiares: Le recomienda a su esposo pero a veces no asiste por el trabajo.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Procura platicarlo con quien la escucha y aconseja finalmente toma sus propias decisiones.

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones de ambiente en su hogar: Lo describe confortable y le brinda seguridad

Trabajo: solo se dedica a las labores propias de su hogar

Otros: Ninguno.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

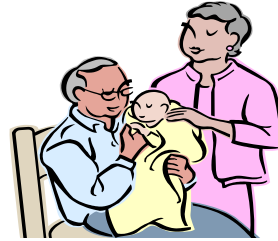
Estado civil: Casada

Años de relación: 3 años

Vive con: su esposo

Preocupaciones/estrés: Negado

Familiar: negado



Otras personas que pueden ayudar: Sus amigas y hermanas

Rol en la estructura familiar: Esposa

Comunica problemas debidos a enfermedad/estado: Si expresa todo lo que le inquieta

Cuanto tiempo pasa sola: Casi siempre esta acompañada

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No trabaja

Objetivo:

Habla claro: Si

Confusa: No

Dificultad de:

Visión: NO

Audición: No

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Se observa una buena comunicación familiar.

Otros: Ninguno

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en la familia: Obediencia Honradez y respeto.

Es congruente con su forma de pensar y de vivir: procura serlo siempre.

Objetivo:

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

Permite el contacto físico: De acuerdo a sus creencias y valores permite el contacto de acuerdo a la ocasión y a las personas con que se encuentre.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:

Cuenta con una imagen religiosa.

Otros: Ninguno.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

RECREATIVAS.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: leer.

La situación de estrés influye en la satisfacción de esta necesidad: No

Recursos en su comunidad para la recreación: No cuentan pero hay comunidades cercanas alas cuales acude.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

Objetivo:

Integridad del sistema neuro-muscular: Sin alteraciones aparentes.

Rechazo a las actividades recreativas: No

Estado de ánimo, apático/aburrido/participativo: Es participativa.

Otros: Ninguno

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Secretariado

Problemas de aprendizaje: Ninguno

Limitaciones cognitivas: Ninguna

Tipo: Ninguna

Preferencias leer escribir: Leer novelas

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si, bibliotecas e Internet.

Sabe como utilizar una fuente de apoyo: Si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si

Otros: Ninguno.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Aparentemente sin alteraciones.

Órganos de los sentidos: Sin alteración aparente.

Estado emocional ansiedad/dolor: dolor en sitio de episorrafia.

Memoria reciente: Tiene presente lo que ha sucedido últimamente.

Memoria remota: Tiene recuerdos de su niñez.

Otras manifestaciones: Es una persona que esta receptiva hacia la enseñanza y desea aprender en su nueva etapa como madre.

5.2.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Con fines prácticos solo se presentan las necesidades que se identificaron con alteración ya que se considera que el resto son independientes es decir la señora los puede realizar por si misma.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1.Oxigenación	I <u>Independiente</u> PD D	
2.Nutrición e hidratación	I PD <u>P. dependiente</u> D	Déficit de líquidos relacionado con contracción uterina manifestado por abundante sangrado transvaginal
3.Eliminación	I PD <u>P. Dependiente</u> D	Alteración del patrón de eliminación relacionado con falta de ingesta de líquidos manifestado por estreñimiento

<p>4.Moverse y mantener una buena postura</p>	<p>I PD <u>P. Dependiente</u> D</p>	<p>Dolor relacionado con lesión tisular en zona perianal manifestado por faz algica quejido y dificultad para la de ambulación</p>
<p>5.Descanso y sueño</p>	<p>I PDP. <u>Dependiente</u> D</p>	<p>Alteración del patrón del sueño relacionado con el nacimiento del producto de la gestación manifestado por dificultad para conciliar el sueño</p>
<p>6.Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>7.Termorregulación</p>	<p>I PD D <u>Dependiente</u></p>	<p>Hipotermia relacionada con el trabajo de parto manifestado por temperatura de 35 grados piel generalizado.</p>

<p>8. Higiene y protección de la piel.</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>9. Evitar peligros</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>10. Comunicarse</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>11. Vivir según sus creencias y valores</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	

<p>12.trabajar y realizarse</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>13Jugar participar actividades recreativas</p>	<p>I <u>Independiente</u> PD D</p>	
<p>14. Aprendizaje</p>	<p>I <u>PD P. dependiente</u> <u>D</u></p>	<p>Lactancia materna ineficaz relacionada con la ausencia de galactorrea y desconocimiento de técnicas de amamantamiento manifestado por nula secreción láctea</p>

5.3.-PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de líquidos relacionados con contracción uterina manifestado por sangrado transvaginal abundante.

Objetivos

- 1.- Limitar el sangrado transvaginal
- 2.- Proporcionar comodidad a la señora

CUIDADOS		FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar masaje uterino -Fomentar una de ambulación precoz -Aplicar compresas frías a nivel del útero mientras sea necesario -Toma y registro de signos vitales -Evaluar cantidad de loquios, color y olor 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar hoja de control de líquidos. -Ergometrina 1 .amp.im.cada 6hrs -dieta libre en líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> -El masaje uterino favorece la involución uterina y disminuye el sangrado transvaginal -La de ambulación favorece la salida de loquios por gravedad disminuyendo así el sangrado transvaginal
		<ul style="list-style-type: none"> La aplicación de compresas frías favorece la vasoconstricción y disminuye el sangrado -La toma y registro de constantes vitales (evita complicaciones) permite valorar con oportunidad al estado del paciente y por lo tanto evitar complicaciones -La vigilancia continua del sangrado transvaginal contribuye a un diagnostico y tratamiento oportuno
<ul style="list-style-type: none"> -Explicar a la señora la importancia de la ingesta de líquidos -Vigilar el estado de conciencia 		<ul style="list-style-type: none"> -El aporte adecuado de líquidos evita el déficit de líquidos -Los pacientes con deficiencias prologadas de Líquidos y electrolitos muestran alteraciones en la conciencia

EVALUACION: La involución uterina se reporta favorable y como consecuencia disminución del sangrado uterino.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Hipotermia relacionada con el trabajo de parto manifestado por temperatura de 35 c, piel fría y temblor generalizado

Objetivos

- 1.- Regular de temperatura corporal a 36.5 C
- 2.- Proporcionar comodidad a la señora.

CUIDADOS		FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
-Mantener abrigado a la señora con cobertores -Colocar una fuente de calor radiante (lámpara de chicotes) a 45 o 75 cm. De distancia sobre la señora.	-Curva térmica	-El mantener cubierto un cuerpo evita la perdida de calor por evaporación
		-Cuando se aplica calor a la superficie de la piel, los estímulos llegan al hipotálamo y corteza cerebral favoreciendo la elevación de la temperatura
-Toma y registro de la Temperatura cada 15 minutos		-La toma de temperatura y el registro continuo de la misma ayudan a tener un control adecuado de los cambios de la temperatura corporal

EVALUACION: La temperatura corporal aumenta gradualmente las técnicas empleadas alcanzando la temperatura corporal de 36.5 C el objetivo se alcanzo a la hora siguiente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Dolor relacionado con lesión tisular en zona perianal manifestado por faz algia, quejido y limitaciones para la de ambulación

Objetivos

- 1.- Disminuir el dolor en zona perianal
- 2.- Proporcionar comodidad y descanso a la señora.

CUIDADOS		FUNDAMENTACION CIENTIFICA
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
-Mantener una relación enfermera señora	-Ketorolaco 30 mg IV e/6 hrs.	-Una estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor relación que brinda apoyo, atención y ayuda
-Aplicar compresas de agua caliente en la zona perianal de acuerdo a la tolerancia física de la señora		-Los efectos del calor local son analgésicos, descongostivos y sedante
-Mantener limpia y seca la zona perianal -Realizar cambio continuo de apósito en zona perianal		-Mantener una herida limpia y seca evita la proliferación de microorganismos patógenos -Los apósitos secos inhiben la proliferación de microorganismos patógenos

EVALUACION: La señora refiere que el dolor ha disminuido, que el quejido y la faz algica han desaparecido al cabo de 1 hora.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionada con una falta de ingesta líquidos manifestando por dificultad para evacuar.

Objetivos

- 1.- Favorecer la eliminación intestinal
- 2.- Proporcionar comodidad a la señora.

CUIDADOS		FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
-Proporcionar dieta rica en líquidos y fibras -Implementar a la dieta laxantes naturales -De ambulación temprana		-Una dieta en líquidos favorece la formación del bolo fecal -Los laxantes favorecen el transito intestinal y a su vez la evacuación intestinal
		-La de ambulación temprana aumenta el peristaltismo lo cual facilita la evacuación intestinal
-Concienciar a la señora sobre la importancia de evacuar oportunamente		-Toda forma de comportamiento humano esta digerida por motivaciones.

EVALUACION: La señora logra evacuar 4hrs. Después de haber iniciado la ingesta de líquidos y la deambulación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del patrón del sueño relacionado con el nacimiento del producto de la concepción manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

Objetivos

- 1.- Informar a la señora sobre el nuevo rol que desempeña e involucrar al padre en las rutinas de su nuevo rol
- 2.- Enseñar cuidados del recién nacido durante el alojamiento conjunto
- 3.- Favorecer el sueño y el descanso a través de terapias de relajación

CUIDADOS		FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
-Enseñar a la señora técnicas de cuidados al recién nacido		-Aprender técnicas de cuidados al recién nacido, disminuye la tensión emocional
-Proporciona apoyo psicológico		-El apoyo y la comprensión proporciona tranquilidad y seguridad
-Involucrar al padre en cuidado del recién nacido para lograr que la señora descanse		-La integración familiar proporciona seguridad y tranquilidad y favorece el vínculo afectivo.
-Procurar un ambiente tranquilo y cómodo que agrade a la señora -Se practican terapias de relajación para conciliar el sueño.(música terapia)		-La comunidad y tranquilidad favorece el sueño y el descanso. -Las terapias de relajación disminuye la tensión emocional.

EVALUACION: A través del plan de cuidados anteriores la señora logra tranquilizarse y dormir 2 hrs.y sentirse mas segura de lo que realizara.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: Lactancia Materna Ineficaz relacionada con la ausencia de galactorrea manifestada por nula secreción láctea

Objetivos

- 1.- Favorecer la secreción láctea durante las primeras 4 hrs. Posteriores al parto
- 2.- Orientar a la señora sobre la importancia del continuo ofrecimiento del seno materno al neonato.

CUIDADOS		FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES	
-Enseñar a la señora maniobras de Hoffman	-Implementar técnica de suplementador con formula al 13% 30x8x24	-La estimulación continua del pezón favorece la liberación de oxitocina y esta a su vez construye a la galactogenesis y galactopoyesis.
-Procurar el apego continuo del recién nacido al seno materno, valorando los reflejos de búsqueda, succión y deglución		-El estímulo mamada ejerce un impulso en la adenohipófisis provocando la liberación de oxitócica favoreciendo la producción y eyección láctea
-Favorecer la ingesta abundante de líquidos		-El aumento de líquidos intracelulares favorece la producción láctea
-Enseñar técnicas de lactancia materna		-Una correcta técnica de amamantamiento contribuye a una lactancia materna exitosa.

EVALUACION: Se observa poca producción de calostro al cabo de 3 horas, sin embargo se continúa con el plan de enfermería hasta lograr el objetivo.

5.4.- COMENTARIO FINAL DE LA EVALUACION DE LA ATENCION A LA SEÑORA

La evaluación se centra en el logro de los objetivos como finalidad identificar la respuesta de la señora a las intervenciones de enfermería implementadas.

La señora participo de manera eficaz logrando cubrir en su mayor parte los objetivos y llegar a la solución de los problemas identificados en la etapa de valoración.

La intervención del esposo jugó un papel importante para el logro de los objetivos pues uno de ellos era la integración familiar y realizo las actividades recomendadas y convenciéndole de la importancia de participar de manera permanente en el vinculo familiar.

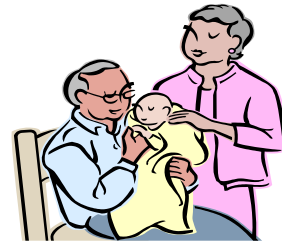
Por lo tanto a través de la atención personalizada se logra un aprendizaje significativo en la aplicación de proceso de enfermería ya que en este se aplica también el proceso de enseñanza aprendizaje.



5.5.- PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

La paciente a su egreso identificara:

- ✚ Signos de alarma del puerperio mediato y tardío(fiebre, dolor intenso, zumbido de oídos, ver luces, perdida del entorno, aumento del sangrado, edema vomito, entre otros)
- ✚ Características normales del sangrado transvaginal.
- ✚ Plan de autocuidado relacionado con la higiene, la dieta, ejercicios para recuperar su figura, actividades recreativas, cuidados y ejercicios peri anales y la importancia de la vida sexual para todo esto se brinda la consejería en pareja dada la importancia mutua que existe entre los dos.
- ✚ Técnicas correctas de amamantamiento
- ✚ Cuidado de las mamas
- ✚ Características de una dieta balanceada
- ✚ La importancia del cuidado y la prevención
- ✚ Esquema básico de vacunación para el recién nacido
- ✚ Cuidados del recién nacido en el hogar
- ✚ Que hacer en caso de que presente alguna complicación durante el puerperio ella o el bebe.



La señora acudirá

De ser posible con su esposo

- ✚ A los grupos de apoyo a la lactancia materna y de estimulación temprana.
- ✚ Sesiones de enseñanza que se imparten en las unidades de salud.
- ✚ Consulta de planificación familiar y conserjería
- ✚ Consultas periódicas del control del niño sano.
- ✚ Se recomienda la recreación y la integración a grupos de su comunidad o familiares para fomentar la convivencia, todo ello con su pareja de acuerdo como sus actividades laborales le permitan.
- ✚ Acudir a la unidad de salud para disipar dudas que surjan durante el periodo de adaptación.



VI.- CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad de servicio que presta e implemente la mejora continua en ello, actuando de manera profesional.

El proceso permite desarrollar los potenciales y evitar la rutina que limita el vínculo enfermera paciente, por lo tanto para sobre vivir a los desafíos competitivos es necesario la preparación continua del profesional de enfermería.

El proceso de atención de enfermería permite tratar y entender a la señora como un ser único, para brindarle un a atención personalizada con enfoque humano.

Además de satisfacer las normas para la práctica de enfermería, se obtienen otras ventajas en el uso del proceso de atención de enfermería

- Ser una enfermera acreditada.
- Confiabilidad
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional
- Continuidad en la atención
- Mejor calidad de atención.



La elaboración del presente trabajo ha permitido la retroalimentación y el continuar con un compromiso ético y profesional para lograr la satisfacción de las necesidades en el cuidado de la salud, todos los días aplicamos dicho proceso la diferencia la hace el conocimiento que se aplica en el y en reconocer que a pesar de las limitantes la enfermera tiene la capacidad de enfrentarlas y salir adelante para satisfacer ampliamente las necesidades de los pacientes.

VII.-GLOSARIO DE TERMINOS

ANAMESIS: Historia clínica de un paciente

ALGICA: Que denota situación doloroso.

CALOSTRO: Primer leche con alto contenido de nutrientes de color amarillo que sale de la mama inmediato al parto.

Chadwick signo de: Color violeta que adquiere la vagina grávida.

CIANOSIS: Coloración azulada en la piel o mucosas debido al alguna alteración fisiológica o patológica.

EPISIORRAFIA: Sutura del periné.

DISMENORREA: Dolor durante la menstruación.

ERITROPOYESIS: Formación de eritrocitos.

FAZ-ALGICA: Cara con rictus de dolor

FOLICULO: Saco depresión o cavidad en forma de bolsa.

HIPERPLASIA: Aumento de las células, puede ser fisiológico o patológico.

HIPERTROFIA: Aumento excesivo de un órgano y de sus células de manera anormal.

HIPERMENORREA: Aumento en el volumen de la menstruación.

MONONUCLEARES: Que tiene un solo núcleo.

OXITOCINA: Hormona hipotalámica con acciones de contracciones uterina y de eyección de leche.

VIII.- ANEXOS:

8.1.-HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DMML

EDAD 20 años

PESO 60,500 kg

TALLA 158cm

FECHA DE NACIMIENTO 18 de febrero 1987

SEXO femenino

FECHA DE INGRESO 14 de febrero 07

HORA 17:15 hrs

PROCEDENCIA Estado de México

FUENTE DE INFORMACIÓN anamnesis directa

PERSONA RESPONSABLE Esposo

CONFIABILIDAD DELA INFORMACION (1-4) 4

MUJER

Menstruación tipo: moderado,3x30

Flujo: No

Cantidad: No

Dismenorrea: No

Hipermenorrea: NO

Metrorragia: NO

Historia de embarazos: Gesta I

Paras: 0

Abortos: 0

Cesárea: 0

Medidas de control Natal: Preservativo.

Examen de papanicolaou: si hace 10 meses.

8.2.-LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

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

1.-RESPIRAR

- ◆ Deterioro del intercambio gaseoso
- ◆ Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- ◆ Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- ◆ Patrón respiratorio ineficaz
- ◆ Potencial de asfixia
- ◆ Respuesta ventilatoria disfuncional al destete

2.-ALIMENTARSE E HIDRATARSE

- ◆ Alteración de la nutrición: por defecto
- ◆ Alteración de la nutrición :por exceso
- ◆ Alteración potencial de la nutrición :por exceso
- ◆ Déficit de auto cuidado :por alimentación
- ◆ Déficit de volumen de líquidos
- ◆ Déficit de volumen de líquidos
- ◆ Deterioro de la deglución
- ◆ Exceso de volumen de líquidos
- ◆ Interrupción de la lactancia materna
- ◆ Lactancia materna ineficaz
- ◆ Patrón de la alimentación ineficaz del lactante
- ◆ Potencial de aspiración

3.- ELIMINACIÓN

- ◆ Alteración de la eliminación urinaria
- ◆ Déficit de auto cuidado :uso de sanitario
- ◆ Diarrea
- ◆ Estreñimiento
- ◆ Estreñimiento crónico
- ◆ Estreñimiento subjetivo

- ◆ Incontinencia fecal
- ◆ Incontinencia urinaria de Esfuerzo
- ◆ Incontinencia urinaria de urgencia
- ◆ Incontinencia urinaria funcional
- ◆ Incontinencia urinaria refleja
- ◆ Incontinencia urinaria total
- ◆ Retención urinaria

4.- MOVERSE

- ◆ Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo renal ,cerebral , cardiopulmonar ,gastrointestinal, periférica).
- ◆ Alto riesgo de difusión neurovascular periférica
- ◆ Deterioro de la movilidad física
- ◆ Disminución del gasto cardiaco

5.- DORMIR Y REPOSAR

- ◆ Alteración del patrón del sueño
- ◆ Fatiga
- ◆ Intolerancia a la incapacidad
- ◆ Potencial intolerancia a la actividad

6.- VESTIRSE Y DESNUDARSE

- ◆ Déficit de auto cuidado: Vestido/acicalamiento

7.-MANTENER LA TEMPERATURA

- ◆ Alteración potencial de la temperatura corporal
- ◆ Hipertermia
- ◆ Hipotermia
- ◆ Termorregulación ineficaz

8.-ESTAR LIMPIO ASEADO PROTEGER SUS TEGUMENTOS

- ◆ Alteración de la mucosa oral
- ◆ Déficit de autocuidado: baño/higiene
- ◆ Deterioro de la integridad cutánea
- ◆ Deterioro de la integridad histica
- ◆ Deterioro potencial de la integridad cutánea

9.-EVITAR PELIGROS

- ◆ Afrontamiento defensivo
- ◆ Afrontamiento individual efectivo

- ◆ Alto riesgo de auto mutilación
- ◆ Ansiedad
- ◆ Baja autoestima crónica
- ◆ Baja autoestima situacional
- ◆ Desatención unilateral
- ◆ Deterioro de la adaptación
- ◆ Disreflexia
- ◆ Dolor
- ◆ Dolor crónico
- ◆ Duelo anticipado
- ◆ Duelo disfuncional
- ◆ Negación ineficaz
- ◆ No seguimiento del tratamiento
- ◆ Potencial de infección
- ◆ Potencial de intoxicación
- ◆ Potencial de lesión
- ◆ Potencial de traumatismo
- ◆ Potencial de violencia: autolesiones. lesiones a otros...
- ◆ Respuesta postraumática
- ◆ Síndrome traumático de violación
- ◆ Temor
- ◆ Trastorno de la autoestima
- ◆ Trastorno de la identidad personal

- ◆ Trastorno de la imagen corporal

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

- ◆ Alteración de procesos familiares
- ◆ Afrontamiento inafectivo: comprometido
- ◆ Afrontamiento inafectivo: incapacitante
- ◆ Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- ◆ Aislamiento social
- ◆ Alteraciones senso perceptivas
- ◆ Deterioro de la comunicación verbal
- ◆ Deterioro de la comunicación social
- ◆ Síndrome de estrés del traslado

11.-ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES

- ◆ Desesperanza
- ◆ Impotencia
- ◆ Sufrimiento espiritual

12.- PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE

- ◆ Alteración del crecimiento, desarrollo

- ◆ Alteración de los patrones de la sexualidad
- ◆ Alteración del desempeño del rol
- ◆ Alteración parenteral
- ◆ Alto riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador
- ◆ Conductas generadoras de salud
- ◆ Conflictos de decisiones
- ◆ Conflicto del rol parenteral
- ◆ Dificultad en el mantenimiento de la salud
- ◆ Dificultad en el mantenimiento del hogar
- ◆ Disfunción sexual
- ◆ Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- ◆ Potencial de la alteración parenteral

13.-RECREARSE

- ◆ Déficit de actividades recreativas

14.-APRENDER

- ◆ Alteración de los procesos del pensamiento
- ◆ Déficit de conocimiento⁸

⁸ NANDA.Diagnostico enfermeros definiciones 4ª clasificacion 2004 pag 286

IX.-BIBLIOGRAFIA

Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica.

2 ed. Barcelona, España, Doyma 1998.

Carlison J . H.Y et. Diagnóstico de Enfermería Madrid España, Pirámide,1995.

Capernito Linda Planes de cuidado y documentación en enfermería Madrid España Editorial Mc-Graw-Interamericana, 1998.

Capernito Linda J. Diagnóstico de enfermería, 5 ed. Madrid, España, Interamericana, 1999.

Garcia Gonzales Ma de Jesús. El proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México, D.F., Progreso, 1997.

Guillen Velasco y et. Crecimiento y desarrollo Antología. México, D.F., ENEO-UNAM, 1998

Iyer Patricia W y Et. Proceso de Enfermería y diagnostico de enfermería , México, D.F., Interamericana, 1999.

Kossier Bárbara Enfermería Fundamental. Guía practica. 4 ed. México, D.F., Mc-Graw-Hill Interamericana, 1998.

L.S.Brunner.D.S.Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica 6 ed. México, D.F., Editorial Interamericana, 1992.Volumen 2.

Luis Rodrigo. Maria Teresa: Diagnósticos de enfermería. Un instrumento para la practica asistencial. Barcelona, España, Doyma 1993.

Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de enfermería 3 ed. Barcelona, España, Harcourt Brace, 1997.

Mondragón Castro Hector Obstetricia Básica Ilustrada 4 ed. México, D.F., Trillas, 1995.

Murray-Atkinson Proceso de atención de enfermería 5 ed. editorial Mcgraw-Hill Interamericana, 1996.

Phaneuf Margot La planificación de los cuidados de enfermería México, D.F., editorial Mcgraw-Hill Interamericana, 1999.

