

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



---

## ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**Proceso atención de enfermería aplicado a una paciente  
de puerperio fisiológico.**

**Para obtener el título de:  
Licenciada en enfermería y obstetricia.**

**Presenta:**

**Fátima Toledo Vásquez**

**Número de cuenta: 406114455**

**Asesor académico:**

**Lic. María Magdalena Mata Cortés**

**Septiembre 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

Introducción.....	1
Objetivos generales.....	3
Objetivos específicos.....	3
1.-Marco teórico	
1.1 Definición de enfermería.....	4
1.2 Teoría del cuidado.....	5
1.2.1 Metaparadigma.....	6
1.3 Historia del proceso atención enfermero.....	7
1.4 Proceso atención enfermería	
1.4.1 Concepto.....	8
1.4.2 Valoración.....	8
1.4.3 Diagnostico.....	18
1.4.4 Planeación.....	23
1.4.4.1 Taxonomía NOC.....	24
1.4.5 Ejecución.....	26
1.4.5.1 Taxonomía NIC.....	27
1.4.6 Evaluación.....	28
1.5 Generalidades del modelo de Virginia Henderson	
1.5.1 Datos bibliográficos.....	30
1.5.2 Tendencia y modelo.....	31
1.5.3 Principales conceptos y definiciones.....	31
1.5.4 Necesidades básicas.....	32
1.5.5 Afirmaciones teóricas.....	33

2. Metodología.....	34
3. Caso clínico	
3.1 Presentación del caso clínico.....	35
3.2 Valoración.....	36
3.3 Diagnósticos de enfermería.....	45
3.4.- Planeación.....	46
3.5.- Ejecución y evaluación.....	47
4.- Plan de alta.....	89
5.- Conclusiones.....	90
6.- sugerencias.....	91
7.- Glosario de términos.....	92
8.- Bibliografía.....	93
9.- Anexos	
9.1.- Puerperio fisiológico	
9.1.1 Concepto.....	94
9.1.2Clasificación.....	94
9.1.3 Cambios fisiológicos durante el puerperio.....	94
9.1.4 Signos Vitales.....	97
9.2.- Historia de valoración.....	98

## INTRODUCCION.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

El Proceso Atención de Enfermería tiene como finalidad valorar y planear las actividades, como los múltiples cuidados que se brindaron, tratando de satisfacer las necesidades de la persona basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson la cual parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

El presente trabajo se realizó en el servicio de gineco –obstetricia de la Enfermería Militar en cual se basa en una persona que se encontraba en puerperio.

El puerperio o periodo posparto, generalmente las últimas 6 a 12 semanas, es el periodo de ajuste posterior al embarazo y parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional.

El periodo posparto se ha dividido en forma atributaría en puerperio inmediato las primeras 24 horas después del parto, durante el cual puede ocurrir complicaciones agudas pos anestésicas o pos nacimiento; el puerperio mediato, el cual abarca hasta la primera semana después del parto; y el puerperio tardío, el cual incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación por lo común en seis semanas en mujeres que no amamantan y la normalización de las funciones cardiovasculares y psicológicas, que puede requerir meses.

Antes de dar de alta a la persona se le examinarán abdomen y mamas; se observa el grado de involución e hipersensibilidad uterina y se palparán pantorrillas y muslos para descartar tromboflebitis. Las características de los loquios son importantes y deben observarse. Se inspeccionará también la episiotomía para ver si esta de manera satisfactoria. Debe obtenerse una muestra de sangre para determinar el hematocrito o la hemoglobina.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Aplicar del Proceso Atención de Enfermería a una persona de puerperio fisiológico a través del modelo de Virginia Henderson de acuerdo a sus 14 necesidades.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Abordar la problemática dependiendo de sus necesidades que presenta la persona, para la elaboración de diagnósticos de acuerdo con la NANDA.
- Proporcionar intervenciones y cuidado integral a la persona en puerperio fisiológico de acuerdo a la taxonomía NIC para cumplir con los indicadores del NOC.
- Lograr los resultados esperados de acuerdo al Proceso Atención de Enfermería en la persona.

## 1.- MARCO TEORICO

### 1.1.-Definición de enfermería.

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para tender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.<sup>1</sup>

Enfermería:

Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicos.<sup>2</sup>

Enfermería:

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.<sup>3</sup>

Según Virginia Henderson, la función propia de la enfermera es ayudar a la persona, enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz, que el mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello en forma que le ayudara a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

---

<sup>1</sup> Diccionario de medicina océano Mosby edición en español 4 MMIV editorial océano Barcelona España pág. 463

<sup>2</sup> RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia Proceso Enfermero

<sup>3</sup> ROSALES Barrera Susana Fundamentos De Enfermería edición tercera 2004editorial Manual Moderno México D.F.pag.3



## 1.2 Teoría del cuidado.

El papel cuidador de la enfermera ha formado parte tradicionalmente de aquellas actividades que representan la dignidad del individuo y que suelen llamarse actuaciones maternas de la enfermería. Sin embargo la representación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a los clientes. El papel cuidador es difícil de definir el objetivo principal de la enfermería en este papel es coincidir en la interpretación de lo que es importante es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. La enfermera atiende al paciente apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran lo que le preocupa su bienestar y aceptándole como persona, no sólo como un ser mecánico.

Bendery Wruber (1989). A firma que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, porque el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos incluso la enseñanza del paciente tiene distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es. El cuidador es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial de la enfermera experta. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>.KOZIER, G.ERB, K.BLISIS, Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica 5ª- Edición Editorial Mc GRAW-Hill. Internacional Impreso en México en 2005 pág. 29

### 1.2.1 Metaparadigma

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- La persona: (paciente) Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inesperables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.
- El entorno: Es el conjunto de todas las acciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.
- Los cuidados enfermeros.
- El concepto de salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup>.Pagina de internet : [www.metapardigma.com](http://www.metapardigma.com)

### **1.3 Historia del Proceso Atención Enfermero.**

La enfermería como práctica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaran de una persona que los atendiera en su estado de impedimento o necesidad. Fue hasta mediados de siglo XIX con Florencia Nightingale; quien con justa razón es llamada la, “fundadora de la enfermería moderna”, que se empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud.<sup>6</sup>

Por esa época las escuelas de enfermería se instalaban contiguas a los hospitales y las estudiantes tenían muchas experiencias reales y poca preparación teórica. En México, la primera escuela de en enfermería se fundó en 1905 generalmente los médicos eran los directores de las escuelas de enfermería.

Por el año 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso atención de enfermería (PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar cuidado individual al paciente.

En 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A. C., editó un documento sobre el Proceso Atención de Enfermería, en donde se definió como “un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.

Recientemente se incorporo a la enseñanza teórica de este instrumento, el de las categorías diagnosticas o diagnósticos de enfermería, aprobados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos De enfermería).

---

<sup>6</sup> GARCIA González María de Jesús Proceso de Enfermería primera edición 2002 Editorial Progreso S.A. DE C.V México D.F. pág. 20

## **1.4 Proceso Atención de Enfermería.**

### **1.4.1 Concepto.**

Según Rosalinda Alfaro. “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.” En el término paciente se incluye también a la familia o a la comunidad.<sup>7</sup>

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad. También identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, a lo largo de todas las etapas o sea durante todo el proceso, la enfermera se guía por un modelo de enfermería.

### **1.4.2 Valoración.**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra

---

<sup>7</sup> Op cit pág. 21

persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

- Criterios de valoración:

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. En esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y factores contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta, confirmar los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido y obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

- Datos y valoración:

En el contexto de la valoración de enfermería se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas necesarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente esta base de datos será la base para las restantes fases del proceso de enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> B.KOZIER, G.ERB, K.BLASIS, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica 5ª- Edición Editorial: McGRAW-Hill. Internacional Impreso en México en 2005 pág. 96

- Tipos de datos:

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

- Datos Subjetivos:

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtiene datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre si mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad la frustración las nauseas o el desconcierto. La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo, la familia los consultores y otros miembros de atención sanitaria, puede también ser subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

- Datos Objetivos:

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

- Datos históricos:

Otra consideración a tener en cuenta al escribir los datos se refiere al elemento tiempo, en este contexto los datos pueden ser históricos o actuales. Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser alguna hospitalización o cirugía previa, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

- Datos Actuales:

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparara la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.<sup>9</sup>

- Métodos para la obtención de datos:

- Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades estas son:

---

<sup>9</sup>Op cit pág. 99

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras tareas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre:

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria: comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales y religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.<sup>10</sup>

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entiendo por esto no solamente los ruidos sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

---

<sup>10</sup> Ibídem pág. 100



Para finalizar la entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos, un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican y otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

- La observación:

Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera empieza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera paciente. Es el segundo método básico de la valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

- La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las

características físicas o a los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad) esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en el abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudan en la valoración.
- **Percusión:** Es un método de dar golpecitos en parte del cuerpo con los dedos, las manos o pequeños instrumentos como parte de un examen físico y cuyo propósito es evaluar el tamaño, la consistencia y los bordes y la presencia o ausencia de líquido en órganos del cuerpo. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentran al percutir el estomago lleno de aire.

- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.<sup>11</sup>

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: desde las cabeza a los pies, por sistemas, aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

---

<sup>11</sup> Ibídem pág. 117

- Desde la cabeza a los pies: este enfoque empieza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
  - Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
  - Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en aéreas funcionales concretas.
- 
- Validación de datos:

Significa que la información que se ha obtenido es verdadera basada en hechos. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso talla etc. Los datos observados que no son medibles, en principio se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

- Organización de los datos:

Es el cuarto paso y es la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de tal forma que nos ayude en la identificación del problema, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado del examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la

agrupación se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación
- Datos culturales y socioeconómicos
- Historia de salud: diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de las necesidades antes al contrario, se complementan, Tomas Vidal (1994).<sup>12</sup>

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarían la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

---

<sup>12</sup> *Ibíd*em pág. 118

- Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componentes de la fase de la valoración y para la correcta anotación de registro de datos en la documentación deberán contener las siguientes características:

- Deben de estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones correctas.
- Se debe evitar las generalidades y los términos vagos como normal regular etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño, etc.
- La anotación debe de ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correcta ortografía y gramaticalmente. Se usaran solo las abreviaturas de uso común.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ibídem pág. 119

### 1.4.3 Diagnóstico.

- Concepto:

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero.

- Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados.

El enunciado debe de ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término real lo forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería. Consta de tres partes, formato PES: problema (p) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos y síntomas (S): estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- De alto riesgo: es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico de riesgo se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término alto riesgo. Consta de dos componentes, formato PE; problema (p) + etiología factores de riesgo (E).

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo solo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado se desea o si es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Pasos en la fase del diagnóstico:

1. Identificación de problemas.

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. Formulación de problemas. Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ibídem pág. 142



- Actuaciones de enfermería.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

- Tipos de actividades de enfermería:

- Dependientes:

Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

- Interdependientes:

Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

- Independientes:

Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia la respuesta humana que están legalmente autorizadas a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> GARCIA González María de Jesús Proceso de enfermería primera edición 2002 Editorial procesos S.A.de C.V. México D.F. pág. 9

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud
- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos etc.

#### 1.4.4 Planeación.

Una vez hemos concluido la valoración e identificando las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzca al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas los cuales son:

- Establecer prioridades en los cuidados: selección; todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo: objetivos a corto plazo, mediano plazo y largo plazo.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponde a las tareas concretas de la enfermera y/o familia realizan el objetivo.
- Documentación y registro.

#### **1.4.4.1. Taxonomía NOC**

En el año 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de intervención dios como resultado la clasificación de resultados de enfermería (NOC), una clasificación global estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería, publicada por primera vez el año 1997. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera”. Es conocido que numerosas variables junto con la intervención influyen en los resultados del paciente, estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional y las circunstancias vitales experimentadas. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de regencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo así como la identificación, de cambio en el resultado del paciente en diferentes puntos. A diferencia de la información proporcionada por la manifestación de un objetivo, es decir, si un

objetivo se satisface o no, los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados.

Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 31 clases y 7 dominios para facilitar su uso.

La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario. Los libros de la clasificación NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación derivada a desarrollar y validar la NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación NANDA.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> MARION Johnson et al clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª- Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 3,4,5,6

### **1.4.5 Ejecución:**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica; en los registros del plan de cuidados se anotarán las repuestas del paciente a las actividades de enfermería.

La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por valoración continua del paciente. La recogida continua de datos, proporciona la información necesaria para tomar decisiones, sobre lo acertado del plan de cuidados que se ha elaborado. Las actividades se modificarán siempre que sean necesarios, de acuerdo con las respuestas del paciente.

La estudiante y la enfermera clínica saben que durante la puesta en práctica del plan de cuidados, puede surgir información que haga necesario cambiar la apreciación inicial que se tenía sobre el paciente.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es preciso mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de las intervenciones fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### 1.4.5.1 Taxonomía NIC

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne Mc Mloskey) y Gloria Bulechek, el equipo desarrollo la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o de resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de regencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados sin embargo estos pueden individualizarse atreves de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las adecuadas para un individuo o familia.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> C. McCLOSKEY Joanne et al Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) 3ªEdición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 pág. 3

#### 1.4.6. Evaluación.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería, porque es el que le corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimentación cada una de las otras etapas.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.

- Observación directa y examen físico
- Examen de la historia clínica.



## 2.- Señales y síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente
- Examen de la historia

## 3.-Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios

## 4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de la actividad

## 5.-Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

## 6.- Situación espiritual (Modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal<sup>18</sup>

La valoración de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las aéreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente esta en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

---

<sup>18</sup> Ibídem pág. 4

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema de las actividades llevadas a cabo.

## **1.5 GENERALIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

### **1.5.1 Datos bibliográficos.**

- Nació en Kansas City, Missouri el 19 de marzo de 1897.
- 1918 A la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D.C.
- 1921 Se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 Inicia su carrera como docente.
- 1926 Ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magister en arte en 1934.
- 1929 Ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 A su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta
- Curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 Hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1953 Ingresa a la Universidad de Yale donde apporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.
- 1983 Recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de noviembre de 1966. <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> LOPEZ González Carlos Ma. Et. Al Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería Editorial Mc Graw-Hill Madrid 1993 Pág. 110

### **1.5.2 Tendencia y modelo.**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud cuyo núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

### **1.5.3 Principales conceptos y definiciones.**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de

enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

#### **1.5.4 Necesidades básicas:**

Virginia Henderson señala catorce necesidades básicas del individuo y estas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionado la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fé
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La

persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inesperables, requiere ayuda para conseguir su independencia.<sup>20</sup>

### 1.5.5 Afirmaciones teóricas.

- Relación enfermera-paciente : se establece tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:
  1. La enfermera como sustituta del paciente: esto se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
  2. La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
  3. La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es el quien realiza su propio cuidado.
  
- Relación enfermera-medico: la enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.
  
- Relación enfermera-equipo de salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

---

<sup>20</sup> LOPEZ González Carlos ma. Et al Cuidado de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería Editorial McGraw-Hill 1993 pág. 118

## **2.- METODOLOGIA.**

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó con el fin de poder ayudar a la persona gineco-obstetra, a que tenga una mejor visualización de su estado y la importancia de la planificación familiar, así como proporcionarle una mejor calidad de los servicios de enfermería durante su estancia dentro del área hospitalaria.

Así como también exponer lo que es el trabajo de enfermería y el rol tan importante que juega dentro del ámbito laboral y el significado de trabajar con personas de gineco – obstetra.

Se llevo a cabo en la Enfermería Militar de Cuernavaca Morelos, con un periodo de seis meses con el apoyo vital de la Licenciada Enfermería y Obstetricia Ma. Magdalena Mata Cortes, basado en el proceso atención de enfermería y con el desarrollo del Modelo de Virginia Henderson de acuerdo a sus 14 necesidades básicas.

En la primera fase se utilizo la valoración de Virginia Henderson para la identificación de las necesidades de la persona relacionado con el modelo, por medio de la interrogación, exploración física, entrevista.

En la segunda fase se llevo a cabo la estructuración de los diagnósticos reales y potenciales, utilizando la taxonomía NANDA.

En la tercera fase, una vez jerarquizado las necesidades de la persona, se establecieron los resultados esperados NOC, se identifico los indicadores y la escala de medición por cada uno de ellos, posteriormente se llevo a cabo las intervenciones utilizando la clasificación de la intervenciones de enfermería NIC en la etapa de ejecución.

Finalmente en la última fase se evaluaron los logros resultados esperados y se evaluó la mejoría.

### **3.- CASO CLINICO**

#### **3.1 Presentación del caso clínico:**

Se trata de una persona femenina de 25 años de edad, es casada, de nacionalidad mexicana, ama de casa, escolaridad secundaria terminada, de religión católica. Quien acude al Enfermería Militar de Cuernavaca, Morelos., al servicio de urgencias y posteriormente la refieren a toco cirugía área de labor, para ser atendida por presentar un embarazo de termino; se recibe con pródromos de trabajo de parto, permanece aproximadamente 4 horas en el área de labor, posteriormente pasa a sala de expulsión, obteniéndose recién nacido del sexo masculino, durante la expulsión no se presentan complicaciones realizándosele solamente la episiotomía y seguidamente la episiorrafia; el alumbramiento se desarrolla de igual forma obteniendo placenta integra. Se pasa al área de recuperación en donde han trascurrido cerca de 8 horas, se encuentra con signos vitales dentro de los parámetros normales, tolerando la vía oral adecuadamente, refiriendo sentirse cansada, agotada y con mucho sueño, ya que no ha podido dormir, así mismo se observa con ojeras y manifiesta facies de cansancio, primero por el trabajo de parto y ahora por el llanto de su recién nacido. El sangrado transvaginal es moderado; el fondo uterino se palpa en la línea umbilical, refiriendo que presenta un poco de dolor tipo contracción, pero que no se compara con el que siente en el área de periné, el cual se valora y se observa con edema. En el transcurso de este tiempo no ha evacuado, ha presentado micciones en 3 ocasiones. Así mismo se muestra un tanto insegura y manifiesta sentirse incapaz de no saber como cuidarse y como cuidar a su bebe, que a pesar de contar con el apoyo de su pareja, se siente aun estresada por su nuevo rol.

### 3.2 Valoración:

- **Ficha de identificación.**

Nombre:           A.M.M           Edad: 25 Peso: 71,100 Talla: 1.56  
Fecha de nacimiento: 14 de marzo de 1986 Sexo: femenino Ocupación: ama de casa  
Escolaridad: secundaria Fecha de admisión: 29 de marzo del 2010 Hora: 14: 45 hrs.  
Procedencia: Ocotepec, Morelos Fuente de información: expediente/paciente.  
Domicilio: Calle Montes de Oca No 3 Col. San Francisco  
Institución: Enfermería Militar Cuernavaca, Morelos Servicio: Ginecología y Obstetricia  
Cama: 31 Miembro de la Familia o persona significativa: Esposo

Diagnóstico de Ingreso: Embarazo de 39 SDG

Diagnóstico de Egreso: puerperio fisiológico.

- **Valoración de necesidades humanas**

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

- a) Oxigenación:**

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: No. Tos productiva/seca: No. Dolor asociado con la respiración: No  
Fumador: No.

Datos Objetivos:

Registro de Signos Vitales: Temperatura: 36.5° Pulso: 78 x' Respiración: 24 x'  
Presión Arterial: 110/70 mm Hg

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: consciente Coloración de la piel/lechos ungueales/peri bucal: ligeramente pálida, Circulación del retorno venoso: de 2 a 3 ser. Otros: Negados



## **b) Nutrición e hidratación:**

Datos Subjetivos:

Dieta Habitual: Sopa, verduras, frijoles y pollo, carne de cerdo poco. Número de comidas diarias: 3 al día. Trastornos digestivos: Negados. Intolerancia alimenticia/alergias: Alérgica a la Ampicilina Problemas de la masticación y deglución: No. Patrón de ejercicio: Ninguno.

Datos Objetivos:

Turgencia de la Piel: normal Membranas y mucosas: semihidratadas. Características de uñas y cabello: uñas cortas, limpias y cabello largo. Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Adecuado. Aspecto de dientes y encías: Dientes completos, molares con caries resueltas con amalgamas, encías sin lesiones

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: solo la episiorrafia

## **c) Eliminación:**

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Evacua 1 vez al día, pero después del parto no ha evacuado. Características de las evacuaciones, orina y menstruación: Evacuaciones solidas y formadas, café oscuro, orina ligeramente concentrada, Sangrado transvaginal moderado.

Historia de hemorragias/enfermedades renales u otras: Niega padecerlas

Uso de laxantes: no los ha utilizado Hemorroides: No ha padecido

Dolor al defecar, menstruar u orinar: después del parto presenta molestias.

¿Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación?: no presentaba de molestias pero debido al padecimiento padece temor.

Datos Objetivos:

Abdomen/características: presenta blando de acuerdo a la involución uterina.

Ruidos intestinales: Presentes. Palpación de la vejiga urinaria: Normal.

Otros: Ninguno

#### **d) Termorregulación:**

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si Ejercicio y frecuencia: Refiere no realizar ningún tipo de ejercicio. Temperatura ambiental que le es agradable: Clima templado.

Datos objetivos:

Características de la piel: pálida.

Transpiración: Si abundante Condiciones del entorno físico: ambiente tranquila, con clima agradable. Otros: Ninguno

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantenerse en buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel

#### **e) Moverse y mantener una buena postura:**

Datos Subjetivos:

Capacidad Física cotidiana es inadecuada trata de rendir las 24 horas. Actividades en el tiempo libre: Ninguno. Hábitos de descanso: Si siesta de 10 minutos diarios. Hábitos de Trabajo: todo el día en casa

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo-esquelético/fuerza: buen tono muscular, sin flacidez  
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: buen tono y es flexible. Posturas:

la mayor parte permanece acostada refiere cansancio. Ayuda para la deambulaci3n: puede moverse y caminar por s3 misma. Dolor con el movimiento: no. Presencia de temblores: no. Estado de conciencia: Consiente, orientada. Estado emocional: se encuentra, angustiada por el nuevo miembro de la familia. Otros: ninguno

**f) Descanso y sueo:**

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: de 6:00 a 7:00pm Horario de Sueo: 22:00 a 7:00. Horas de descansos: mas de ocho horas ¿Padece insomnio?: anteriormente no pero actualmente se despierta por las noches. ¿Se siente descasada al levantarse?: No porque le cuesta trabajo conciliar el sueo

Datos Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estr3s/lenguaje: Se observa inquieta, angustiada y cansada. Ojeras: Si se observan. Atenci3n: en ocasiones se observa como ida Concentraci3n: no se concentra en lo que realiza o. Apat3a: no se observa ap3tica. Cefaleas: no. Respuesta a est3mulos: Es adecuada. Otros: ninguno.

**g) Vestirse adecuadamente:**

Datos Subjetivos:

¿Influye su estado de 3nimo para la selecci3n de prendas de vestir?: si, se observa descuidada ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No se da cuenta de su actitud ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustar3a?: No. ¿Necesita ayuda para la selecci3n del vestuario? No.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: tiene la capacidad para hacerlo Vestido si incompleto: Bata de hospital. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: Ninguno de importancia.

## **h) Higiene y protección de la piel:**

Datos Subjetivos:

Fuentes de Aseo: diario. Momento preferido del baño: Por la mañana. Cuantas veces se lava los dientes al día: 3 veces. Aseo de manos antes y después de comer: Si. Después de eliminar: Si. ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? Negado.

Datos Objetivos:

Aspecto general: limpia. Olor corporal: agradable, Halitosis: no. Estado del cuero cabelludo: Sano, limpio. Integra y sin lesiones. Lesiones dérmicas: ninguno Otros: ninguno

## **i) Evitar los peligros:**

Datos Subjetivos:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? 2, ella y su esposo ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? Trata de tranquilizarse y de actuar rápido. ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Algunas. En el hogar: Si. ¿Realiza controles periódicos de Salud recomendados? Si. ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? Siente que su esposo no la apoya como debería y existe falta de comunicación.

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: Ninguna. Condiciones del ambiente en su hogar: segura. Trabajo: Las considera adecuadas Otros: Ninguno

3.-Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

**j) Necesidad comunicación:**

Datos subjetivos:

Estado Civil: casada. Años de relación: 2 años. Vive con: Su esposo.  
Preocupaciones/estrés: su bebe Familiares: falta de comunicación con su esposo. Otras personas que pueden ayudar: su mama vive a una cuadra y que le ofrece su apoyo cuando se vaya de alta, Rol en la estructura familiar: Su rol es ser ama de casa. Relaciona sus problemas con su estado actual: Si. ¿Cuánto tiempo pasa sola? De 5 a 6 horas

Datos Objetivos:

Habla claro: Si. Confusa: No. Dificultad de la visión: Ninguna. Audición: Normal.  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: por el trabajo del esposo no existe una buena comunicación Otros: Ninguno

**k) Creencias y valores:**

Datos Subjetivos:

Creencia Religiosa: Católica. ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: Ninguno. Principales valores en su familia: honestidad, puntualidad.  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: si.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestir de acuerdo a su grupo religioso: Normal. ¿Permite el contacto físico?: Si. ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias? Una estampa de la Virgen María. Otros: reza durante la noche

## **l) Trabajo y realización:**

Datos Subjetivos

¿Trabaja actualmente? No, pero posteriormente lo hará. Tipo de trabajo: como domestica Riesgos: Considera ninguno. ¿Cuánto tiempo le dedicara al trabajo? 8 horas diarias, 3 días a la semana. ¿Su remuneración de su esposo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? Si pero le gustaría apoyar a su esposo. ¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Si.

Datos Objetivos:

Estado emocional: Calmada, ansiosa, enfadada, retraída, temerosa, irritable, inquieta, eufórica: La persona se observa cansada

Otros: Ninguno de importancia.

## **m). Recreación y diversión:**

Datos Subjetivos:

Actividades creativas que realiza en su tiempo libre: ninguna ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? si ¿Existen en su comunidad recursos para la recreación? Si, hay un DIF que enseñan corte y confección ¿Ha participado en alguna actividad recreativa? Si ha asistido a cursos de manualidades.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular. Consciente, cooperadora, reactiva. ¿Rechaza las actividades recreativas? No. ¿Su estado de ánimo es apático, aburrido o participativo? de alegría pero a la vez de angustia

**n) Necesidades de aprendizaje:**

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Secundaria terminada. Problemas de aprendizaje: Ninguno.  
Limitaciones cognitivas: Ninguna. Preferencias: Actualmente le interesa conocer sobre su estado actual. ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si, busca información en internet. ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Si, visitando paginas y preguntando a su medico tratante. ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si se muestra participativa y pregunta bastante. Otros: Ninguno

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Aparentemente normal. Órganos de los sentidos: Funcionando normalmente. Estado emocional ansiedad o dolor: Se percibe angustiada Memoria: Normal. Otras manifestaciones: Ninguno

<b>NECESIDADES</b>	<b>Manifestaciones</b>
1.- OXIGENACION	Refiere fatiga por la falta de costumbre de desvelarse.
2.- NUTRICION E HIDRATAACION	Se presenta en la lactancia materna inadecuada por falta de experiencia
3.- ELIMINACION	Se encuentra mas tiempo descansando que realizando alguna actividad.
4.-MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	
5.-DESCANSO Y SUEÑO	Durante la noche no concilia el sueño, se despierta por preocupación.
6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Desea arreglarse como en casa
7.- TERMORREGULACION	Riesgo de posibles complicaciones durante el puerperio
8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	La episiotomía y episiorrafia que se realizo durante el parto y la higiene de este
9.- EVITAR PELIGROS	Conflictos con la pareja y la inexperiencia de ser madre
10.- COMUNICARSE	La falta de comunicación con el esposo por el trabajo que tiene el
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	Reza antes de acostarse.
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	Se observa descuidada en su persona.
13.- ACTIVIDADES RECREATIVAS	Platica las actividades que realizara en casa.
14.- APRENDIZAJE	El deseo de aprender de ser madre



### 3.3 Diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS
1.- OXIGENACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de energía manifestado por falta de aliento.</li> </ul>
2.- NUTRICION E HIDRATACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado por la falta de experiencia de la madre manifestado por el llanto del recién nacido.</li> </ul>
3.- ELIMINACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de estreñimiento relacionado por actividad física insuficiente.</li> </ul>
4.-MOVERSE Y MANTENERSE UNA BUENA POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad generalizada manifestado por informes verbales de fatiga.</li> </ul>
5.-DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del patrón de sueño relacionado por patrón de actividad diurna manifestado por despertarse tres o más veces por la noche</li> </ul>
6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado por debilidad y malestar manifestado por mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.</li> </ul>
7.- TERMORREGULACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado por la deshidratación y sangrado transvaginal</li> </ul>
8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de infección relacionado con la episiotomía y episiorrafia</li> </ul>
9.- EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupción de los procesos familiares relacionado por la modificación en el estado social de la familia manifestado por la expresión de conflictos dentro de la familia</li> </ul>
10.- COMUNICARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para mejorar la comunicación manifestado por deseos de mejorar la comunicación con su pareja</li> </ul>
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para mejorar el bienestar espiritual manifestado por rezos.</li> </ul>
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de baja autoestima situacional relacionada por la alteración de la imagen corporal.</li> </ul>
13.- ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de actividades recreativas relacionada por la falta de ambiente adecuado manifestado por los pasatiempos habituales, no pueden realizarse en el hospital.</li> </ul>
14.- APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para mejorar los conocimientos del cuidado de un recién nacido relacionado porque manifiesta interés en el aprendizaje.</li> </ul>

### 3.4 PLANEACION

Jerarquización de necesidades y establecimiento de resultados esperados

NECESIDADES AFECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS
1.- OXIGENACION	1.-Descanso y sueño	Deterioro del patrón de sueño	No existe deterioro de sueño
2.- NUTRICION E HIDRATAACION	2.- Nutrición e hidratación	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación eficaz del lactante
3.- ELIMINACION	3.-Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz	Buena respiración, sin manifestaciones.
4.-MOVERSE Y MANTENERSE	3.- Eliminación	Riesgo de estreñimiento	No existe deterioro de la eliminación urinaria no riesgo de estreñimiento
5.-DESCANSO Y SUEÑO	4.-Moverse y mantenerse	Intolerancia a la actividad	Realiza las actividades normales.
6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	4.-Usar prendas de vestir adecuadas.	Disposición déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento	Logra arreglarse adecuadamente.
7.- TERMORREGULACION	5.- Termorregulación	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	No existe riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	6.- Higiene y protección de la piel	Riesgo de infección	No existe riesgo de infección
9.- EVITAR PELIGROS	9.-Evitar peligros.	Interrupción de los procesos familiares	No existe interrupción de los procesos familiares
10.- COMUNICARSE	7.- Comunicarse	Disposición para mejorar la comunicación	Existe disposición para mejorar la comunicación
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	11.-Vivir según sus creencias.	Disposición para mejorar el bienestar espiritual.	Lleva a cabo la religión que profesa
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	8.- Trabajar y realizarse	Riesgo de baja autoestima situacional	No existe riesgo de baja autoestima situacional
13.- ACTIVIDADES RECREATIVAS	9.- Actividades recreativas	Déficit de actividades recreativas.	No existe intolerancia a la actividad
14.- APRENDIZAJE	10.- Aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos del cuidado de un recién nacido	Existe disposición para mejorar los conocimientos del cuidado de un recién nacido

### 3.5. EJECUCION Y EVALUACION

**Necesidad: Oxigenación.**

**Diagnostico:** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de energía manifestado por falta de aliento.

**Definición:** La inspiración o espiración proporciona una ventilación adecuada<sup>21</sup>

**Dominio: (4) Actividad/reposo**

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

**Clase: (4) Respuestas cardiovasculares/respiratorias.**

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.<sup>22</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (I) salud funcional.</b> Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.</p> <p><b>CLASE: (A) Mantenimiento de la energía.</b> Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo<sup>23</sup>.</p>	<p><b>CAMPO: (2) Fisiológico complejo.</b> Cuidados que apoyan la regulación hemostática.</p> <p><b>CLASE: (k) Control respiratorio.</b> Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.<sup>25</sup></p> <p><b><u>Ayuda a la ventilación</u></b> Estimulación de un esquema respiratorio</p>	<p>-Todas las células del organismo necesitan un aporte adecuado de oxígeno.</p> <p>-Para una ventilación adecuada, el</p>

<sup>21</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 163

<sup>22</sup> Óp. Cit. Pág. 236-237

<sup>23</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>25</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79

<p><b><u>Conservación de la energía</u></b> Grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.</p> <p><b>INDICADOR:</b> <b><i>Equilibrio entre actividad y descanso</i></b></p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- En absoluto</li> <li>2.- De escasa magnitud</li> <li>3.- De magnitud moderada</li> <li>4.- De gran magnitud</li> <li>5.- De magnitud muy grande.<sup>24</sup></li> </ol>	<p>espontáneo optimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se coloco a la persona de forma que facilite la concordancia ventilación.</li> <li>-Se le ayudo en los frecuentes cambios de posición.</li> <li>-Se coloco a la persona de forma que minimicen los esfuerzos respiratorios.</li> <li>-Se observo si hay fatiga muscular respiratoria.<sup>26</sup></li> </ul>	<p>oxígeno que se encuentra en el aire debe ser puro y las vías aéreas estar permeables.</p> <p>-El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles 1° entre el organismo y el medio ambiente y 2° al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre.</p> <p>-</p>
--	--	---

## EVALUACION

La persona logra una escala de 1, en absoluto el equilibrio entre actividad y descanso.

<sup>24</sup> Op. Cit. Pág. 186

<sup>26</sup> Op. Cit. Pág. 573

## NECESIDAD: De nutrición e hidratación

**Diagnostico:** Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado por la falta de experiencia de la madre manifestado por el llanto del recién nacido.

**Definición:** Deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la repuesta de succión y deglución. <sup>27</sup>

### **Dominio: (2) Nutrición**

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

### **Clase: (1) Ingestión**

Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo<sup>28</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b><u>DOMINIO: (II) salud fisiológica.</u></b> Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p><b><u>CLASE: (K) Nutrición.</u></b> Resultados que describen los patrones nutricionales de un individuo. <sup>29</sup></p>	<p><b><u>CAMPO: (5) Familia.</u></b> Cuidados que apoyan la unidad familiar.</p> <p><b><u>CLASE: (Z) Cuidados de crianza de un nuevo bebe.</u></b> Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños. <sup>31</sup></p>	<p>-Alimentación de un recién nacido o de un niño pequeño con la ayuda de una botella a la que se ha adaptado una tetina de goma; también se denomina artificial ya que se practica como</p>

<sup>27</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 31

<sup>28</sup> Op cit pág. 234

<sup>29</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>85</sup> Ibídem, pág. 277

<p><b><u>Establecimiento de la lactancia materna: madre</u></b></p> <p>Establecimiento de una unión adecuada entre la madre y el lactante, con succión del pecho materno para su alimentación durante las 2 a 3 primeras semanas</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Reconoce rápidamente los signos de hambre.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- No adecuada</li> <li>2.-Ligeramente adecuada</li> <li>3.- Moderadamente adecuada</li> <li>4.- Sustancialmente adecuada</li> <li>5.-Completamente adecuada<sup>30</sup></li> </ol>	<p><b><u>Alimentación por biberón.</u></b></p> <p>Preparación y administración de biberones.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determino el estado del bebe antes de iniciar la alimentación.</li> <li>-Calentó la formula a temperatura ambiente antes de proceder con la alimentación.</li> <li>-Cogió al bebe durante la alimentación</li> <li>-Coloco al bebe en una posición semi-fowler durante la alimentación.</li> <li>-Hizo eructar al bebe frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.</li> <li>-Controlo/evaluó el efecto de succión durante la alimentación.</li> <li>-Hirvió el agua utilizada en la preparación de la formula.</li> <li>-Se instruyo y mostro a la madre o al padre sobre las técnicas de higiene bucal adecuadas a la dentición del bebe que han de utilizar después de cada alimento.<sup>32</sup></li> </ul>	<p>sustituto o suplemento de la alimentación materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La alimentación con biberón se utiliza como sustituto de la lactancia materna cuando la madre no puede o no quiere alimentar el niño a pecho.</li> <li>-La leche preparada contiene proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales en cantidades similares a las de la leche materna.</li> <li>-Los recién nacidos mas pequeños necesitan orificios mayores porque su fuerza de succión es menor.</li> </ul> <p>-Alimentación a pecho es nutrición del</p>
--	---	---

<sup>30</sup> Op. Cit. Pág. 274

<sup>91</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 87  
92 ibídem pág. 125

	<p><b><u>Asesoramiento en la lactancia.</u></b></p> <p>Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactorio.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determino el conocimiento de la alimentación de pecho</li> <li>-Se proporciono información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.</li> <li>-Determino el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.</li> <li>-Se evaluó la compresión de la madre de las pautas alimentarias del bebe (sujeción, succión y estado de alerta).</li> <li>-Determino la frecuencia con que seda el pecho en relación con las necesidades del bebe.</li> <li>-Evaluó la forma de succión/deglución del recién nacido.</li> <li>-Demostró el masaje de los pechos y comento sus ventajas para aumentar el suministro de leche.</li> <li>-Evaluó la compresión de los conductos de leche taponados y la mastitis.</li> <li>-Se enseñó a la madre a consultar a su</li> </ul>	<p>niño con leche materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La lactancia (secreción de leche) es el resultado final de factores que interactúan entre si, como el desarrollo del tejido mamario y su sistema de conductos, principalmente bajo la influencia de hormonas como los estrógenos, la progesterona y el Lactógeno placentario.</li> <li>-La leche materna contiene enzimas que ayudan a la digestión. La lipasa ayuda a los niños a digerir la grasa.</li> <li>-Los beneficios inmunológicos de la leche materna incluyen protección contra carias enfermedades bacterianas y virales, especialmente de los aparatos respiratorios y gastrointestinal.</li> <li>-El porcentaje de calorías derivadas de proteínas es mas bajo en la leche materna que en las formulas, aunque con una mayor proporción de calorías por carbohidratos e forma de lactosa</li> </ul>
--	--	--

	cuidador antes de tomar cualquier medicamento, con receta, durante el periodo de lactancia. <sup>33</sup>	
--	---	--

#### EVALUACION

La persona logra completamente adecuada según el indicador de reconocer rápidamente los signos de hambre. De acuerdo a la escala de medición No 5

---

<sup>33</sup> *Ibíd*em, pág. 156



**Necesidad: Eliminación.**

**Diagnostico:** Riesgo de estreñimiento relacionado por actividad física insuficiente.

**Definición:** Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces duras y secas.<sup>34</sup>

**Dominio: (3) Eliminación**

Secreción y excreción de los productos corporales de desechos.

**Clase: (2) Sistema gastrointestinal**

Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino<sup>35</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (II) salud fisiológica.</b> Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p><b>CLASE: (F) Eliminación.</b> Resultados que describen los patrones y el estado de eliminación y excreción de los productos de un desecho de un individuo<sup>36</sup>.</p> <p><b><u>Eliminación intestinal.</u></b></p>	<p><b>CAMPO: (1) Fisiológico básico.</b> Cuidados que apoyan al funcionamiento físico.</p> <p><b>CLASE: (B) Control de la eliminación.</b> Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.<sup>38</sup></p>	

<sup>34</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 90

<sup>35</sup> Óp. Cit. Pág. 235-234

<sup>36</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>38</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79

<p>Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p><b>Ausencia de estreñimiento</b></p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Extremadamente comprometida</li> <li>2.- Sustancialmente comprometida</li> <li>3.- Moderadamente comprometida</li> <li>4.- Levemente comprometida</li> <li>5.- No comprometida.<sup>37</sup></li> </ol>	<p><b><u>Manejo del estreñimiento/ impactacion.</u></b></p> <p>Prevención y alivio del estreñimiento/ impactacion.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigile la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>-Comprobé movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.</li> <li>-Se le explico la etiología del problema y las razones para intervenir a la persona.</li> <li>-Se le enseñó a la persona o a la familia los procesos digestivos normales.</li> <li>-Se enseñó a la persona/familia el tiempo de resolución del estreñimiento.<sup>39</sup></li> </ul> <p><b><u>Entrenamiento intestinal.</u></b></p> <p>Ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñe al persona/familia los principios de la educación intestinal.</li> <li>-Instruí a la persona acerca de alimentos con alto contenido en fibra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los líquidos y residuos de alimentos que no son aprovechados por los organismos son productos de desecho del metabolismo y se eliminan por piel, pulmones, vías urinarias e intestino, por este último a través de la defecación, que es el proceso digestivo mecánico final.</li> <li>-La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y del ano por medio del excremento formado por una masa solida constituida por alimentos no digeridos, celulosa, secreciones del intestino y del hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua.</li> <li>-Una dieta equilibrada, ingestión suficientes de líquidos, ejercicio y control de emocional son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.</li> </ul>
---	--	--

<sup>37</sup> Op. Cit. Pág. 263

<sup>39</sup> Op. Cit. Pág. 573

	<p>-Se aseguro una ingesta adecuada de líquidos <sup>40</sup></p> <p><b><u>Manejo intestinal.</u></b></p> <p>Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Tome fecha del último movimiento intestinal.</p> <p>-Observe si hay sonidos intestinales.</p> <p>-Enseñe a la persona las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal. <sup>41</sup></p>	<p>-La compresión del funcionamiento digestivo influye positivamente en la atención a las necesidades del paciente.</p> <p>-Puede suscitarse estreñimiento durante el puerperio por las siguientes causas: 1) disminución de la perístasis por los efectos prolongados de relajación de la progesterona, 2) distensión de los músculos abdominales, lo cual dificulta que la mujer puje para defecar, 3) consumo limitado de alimentos y líquidos, 4) hipersensibilidad e inflamación del perineo y de las hemorroides y 5) temor al dolor. Si se practico episiotomía, puede prescribirse un ablandador de heces o un laxante.</p>
<p>La persona logra una escala de 1, extremadamente comprometida de acuerdo al indicador de ausencia de estreñimiento.</p>		

## EVALUACION

<sup>40</sup> *Ibíd*em, pag.369

<sup>41</sup> *Ibíd*em, pág. 592

**NECESIDAD: Moverse y mantenerse una buena postura.**

**Diagnostico:** Intolerancia a la actividad relacionada por debilidad generalizada manifestado por informes verbales de fatiga.

**Definición:** Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas. <sup>42</sup>

**Dominio: (4) Actividad/Reposo**

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos

**Clase: (4) Respuestas cardiovasculares/ respiratorias**

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo. <sup>43</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (I) Salud funcional.</b> Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida. <b>CLASE: (A) Mantenimiento de la energía.</b> Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto</p>	<p><b>CAMPO: (1) Fisiológico básico.</b> Cuidados que apoyan al funcionamiento físico. <b>CLASE: (A) Control de actividad y ejercicio.</b> Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía. <sup>46</sup></p>	

<sup>42</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 123

<sup>43</sup> Op cit págs. 236-237

<p>de la energía de un individuo.<sup>44</sup></p> <p><b><u>Conservación de la energía.</u></b></p> <p>Grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.</p> <p><b>INDICADOR</b></p> <p>Equilibrio entre actividad y descanso.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <p>1.- En absoluto</p> <p>2.- De escasa magnitud</p> <p>3.- De magnitud moderada</p> <p>4.- De gran magnitud</p> <p>5.- De magnitud muy grande<sup>45</sup></p>	<p><b><u>Terapia de ejercicios de ambulación.</u></b></p> <p>Estimulo y asistencia en la deambulaci3n para mantener o restablecer las funciones corporales aut3nomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Vestí al paciente con prendas c3micas.</p> <p>-Aconseje al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.</p> <p>-Coloque una cama de baja altura.</p> <p>-Anime al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia.</p> <p>-Ayude al paciente con la deambulaci3n inicial.<sup>47</sup></p> <p><b><u>Terapia de ejercicios control muscular</u></b></p> <p>Utilizaci3n de protocolos de actividad o</p>	<p>-Es esencial la deambulaci3n temprana y frecuente para reducir riesgo de infecci3n o trombosis. Por otra parte, se reduce la posibilidad de que se desarrollen problemas respiratorios, circulatorios y urinarios.</p> <p>-La deambulaci3n temprana tambi3n previene o reduce el estreñimiento y favorece la recuperaci3n de las fuerzas.</p> <p>-Se advierte a la madre que llame a la enfermera cuando se levante por primera vez, con el fin de protegerla si llega a marearse o sentir desvanecimiento.</p> <p>-Las mujeres que han perdido gran cantidad de sangre tienen mayor riesgo</p>
---	---	--

<sup>44</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificaci3n de resultados de enfermería”, 2ª edici3n, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>45</sup> Op. Cit. Pág. 186

<sup>77</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificaci3n de Intervenciones de enfermería” 5ª edici3n, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 78

	<p>ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determine la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</li> <li>-Puse en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.<sup>48</sup></li> </ul>	<p>de desmayo por la disminución del volumen sanguíneo.</p>
--	--	---

#### EVALUACION

La persona logra en absoluto un equilibrio entre actividad y descanso. En la escala de medición No 1

---

<sup>48</sup> Ibídem, pág. 747

**NECESIDAD: Sueño y Descanso**

**Diagnostico:** Deterioro del patrón de sueño relacionado por patrón de de actividad diurna manifestado por despertarse tres o mas veces por la noche

**Definición:** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo. <sup>49</sup>

**Dominio: (4) Actividad/ Reposo**

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos

**Clase: (1) Reposo/Sueño**

Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad<sup>50</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (I) salud funcional.</b> Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.</p> <p><b>CLASE: (A) Mantenimiento de la energía.</b> Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo. <sup>51</sup>.</p> <p><b><u>Sueño</u></b> Magnitud y patrón de suspensión</p>	<p><b>CAMPO: (1) Fisiológico básico.</b> Cuidados que apoyan al funcionamiento físico.</p> <p><b>CLASE: (A) Control de actividad y ejercicio.</b> Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía. <sup>53</sup></p> <p><b><u>Manejo de la energía.</u></b> Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p>	<p>-El descanso y el sueño son necesidades fisiológicas que han sido manejadas análogamente.</p>

<sup>49</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 188

<sup>50</sup> Óp. cit pág. 236

<sup>51</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>53</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79

<p>periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p><b><i>Despertar a horas apropiadas</i></b></p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1.- Extremadamente comprometida</p> <p>2.- Sustancialmente comprometida</p> <p>3.- Moderadamente comprometida</p> <p>4.- Levemente comprometida</p> <p>5.-No comprometida<sup>52</sup></p>	<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Determine la percepción de la causa de la fatiga por parte de la persona.</p> <p>-Observe / registre el esquema y numero de horas de sueño del persona.</p> <p>-Enseñe técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.</p> <p>-Ayude a la persona a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga<sup>54</sup></p> <p><b><u>Fomentar los mecanismos corporales.</u></b></p> <p>Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculo esqueléticos.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Instruí a la persona sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.</p> <p>-Enseñe a la persona a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. -Ayude</p>	<p>-El descanso es un estado de quietud, de reposo, o bien una interrupción del movimiento, acción, ejercicio o fatiga; el sueño, principal forma de descanso, es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (conciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices. La fatiga por exceso de actividades físicas o mentales, desencadenan alteraciones en el ciclo vigilia-sueño.</p> <p>-Las manifestaciones clínicas en la privación del sueño son cansancio general, disminución en el desempeño físico o mental, irritabilidad, desorientación progresiva, cambios del comportamiento.</p> <p>-La duración del sueño para reponer la energía perdida durante el día y mantener un funcionamiento físico-</p>
---	---	--

<sup>52</sup> Óp. Cit. Pág. 402

<sup>54</sup> Op. Cit. Pág. 573



	a mostrar las posiciones correctas para dormir. <sup>55</sup>	mental en condiciones óptimas depende de edad, características fisiopatologías y ambiente.
--	---	--

EVALUACION

La persona logra la escala 1, extremadamente comprometida de acuerdo al indicador de ausencia de despertar a horas indicadas.

---

33 ibídem , pág. 513

<sup>55</sup> Ibídem, pág. 421

**NECESIDAD: Usar prendas de vestir adecuadas.**

**Diagnostico:** Disposición déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado por debilidad y malestar manifestado por mantener el aspecto a un nivel satisfactorio

**Definición:** Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.<sup>56</sup>

**Dominio: (4) Actividad/reposo.**

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

**Clase: (2) Actividad/ejercicio**

Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia<sup>57</sup>.

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (I) salud funcional.</b> Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.</p> <p><b>CLASE: (D) Cuidados personales.</b> Resultados que describen la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.<sup>58</sup></p>	<p><b>CAMPO: (1) Fisiológico: básico.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p><b>CLASE: (F) Facilitación de los autocuidados.</b> Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.<sup>60</sup></p> <p><b><u>Ayuda al autocuidado.</u></b> Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p>	<p>-La forma de vestir y de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.</p> <p>-El arreglo personal a los pacientes les</p>

<sup>56</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 32

<sup>57</sup> Óp. cit pág. 239

<sup>58</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<p><b><u>Cuidados personales: actividades de la vida diaria</u></b></p> <p>Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Se viste.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <p>1.- Dependiente, no participa  2.- Requiere ayuda personal y de dispositivos.  3.- Requiere ayuda personal  4.- independiente con ayuda de dispositivos  5.- Completamente independiente.<sup>59</sup></p>	<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>- Considere la cultura de la persona al fomentar actividades de autocuidado.  -Se observe la necesidad por parte de la persona de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.  -Proporcione los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño.)  -Anime a la persona a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.<sup>61</sup></p> <p><b><u>Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.</u></b></p> <p>Ayudar a la persona con las ropas y el maquillaje.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>- Informe a la persona de la vestimenta disponible.  -Se le proporciono las prendas personales.  -Se mantuvo la intimidad mientras la persona se viste<sup>62</sup></p>	<p>ayuda a tener mejor estado de ánimo.</p> <p>- La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos, y nos hemos desarrollado.</p> <p>- La bata del hospital generalmente son de manga corta y de talla holgada para facilitar su retiro del cuerpo del paciente encamado.</p>
--	--	---

<sup>60</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 77

<sup>59</sup> Op. Cit. Pág. 229

<sup>61</sup> Op. Cit. Pág. 174

## EVALUACION

La persona logra presentar el indicador completamente independiente.

---

<sup>33</sup> ibídem , pág. 513

<sup>62</sup> Ibídem, pág. 181

**NECESIDAD: Termorregulación.**

**Diagnostico:** Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado por la deshidratación y sangrado transvaginal

**Definición:** Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.<sup>63</sup>

**Dominio: (11) Seguridad/ Protección**

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

**Clase: (6) Termorregulación**

Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.<sup>64</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (IV) Conocimiento y conducta en salud.</b> Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.</p> <p><b>CLASE: (T) Control del riesgo y seguridad.</b> Resultados que describen el estado de seguridad y/o las acciones de un individuo para evitar, limitar o</p>	<p><b>CAMPO: (2) Fisiológico: Complejo.</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática.</p> <p><b>CLASE: (M) Termorregulación.</b> Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.<sup>67</sup></p> <p><b><u>Regulación la temperatura</u></b> Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen</p>	<p>-La temperatura de la madre las 24 horas posteriores al alumbramiento podría</p>

<sup>63</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 200

<sup>64</sup> Óp. cit págs. 243-244

<p>controlar las amenazas identificables para la salud.<sup>65</sup></p> <p><b><u>Control de riesgo</u></b></p> <p>Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Reconoce cambios en el estado de salud.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Nunca manifestado</li> <li>2.- Raramente manifestado</li> <li>3.- En ocasiones manifestado</li> <li>4.- Con frecuencia manifestado</li> <li>5.- Manifestado constantemente<sup>66</sup></li> </ol>	<p>normal.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprobé la temperatura al menos cada 2 horas.</li> <li>-Observe el color y la temperatura de la piel.</li> <li>-Observe y registre si hay signos de y síntomas de hipotermia e hipertermia</li> <li>-Favorecí una ingesta nutricional y líquidos adecuados</li> <li>-Discutí la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío.</li> <li>-Ajuste la temperatura ambiental a la necesidades de la persona<sup>68</sup></li> </ul> <p><b><u>Tratamiento de la fiebre.</u></b></p> <p>Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>Tome la temperatura lo mas frecuente que sea oportuna</p>	<p>umentar a 38 ° C como resultado del agotamiento y deshidratación del parto, pero después de dicho lapso, no debe haber fiebre y cualquier temperatura superior a 38°C sugiere infección, de manera que debe informarse al medico o la enfermera y partera.</p> <p>-En el segundo o tercer día podría presentarse un aumento de corta duración debido a la congestión de los senos.</p> <p>-En los organismos vivos, la temperatura varía según las especies. En el hombre se mantiene constantemente por la capacidad que tiene para regular, independientemente de las variaciones climatológicas o estacionales. Su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo.</p>
--	---	--

<sup>65</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>66</sup> Op. Cit. Pág. 204

<sup>47</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 82-83

<sup>68</sup> Op. Cit. Pág. 707

	<p>-Vigile por si hubiera pérdida imperceptible de liquidas.</p> <p>-Observe el color de la piel y la temperatura.</p> <p>-Comprobé los valores de recuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito.</p> <p>-Control ingresos y egresos.<sup>69</sup></p>	<p>-La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre el calor producido o termogénesis y el calor perdido o termólisis.</p>
--	--	---

#### EVALUACION

La persona logra la escala de medición No 1, nunca manifiesta fiebre de acuerdo al indicador reconoce cambios en el estado de salud.

---

<sup>69</sup> *Ibíd*em, pág. 771

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

**Diagnostico:** Riesgo de infección relacionado con la episiotomía y episiorrafia

**Definición:** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos<sup>70</sup>

**Dominio: (11) Seguridad/ Protección**

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

**Clase: (1) Infección**

Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos<sup>71</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (IV) Conocimiento y conducta en salud.</b> Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad. <b>CLASE: (S) Conocimiento sobre la salud.</b> Resultados que describen el</p>	<p><b>CAMPO: (2) Fisiológico: Complejo.</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática. <b>CLASE: (I) Control de la piel/heridas.</b> Intervenciones para mantener o restablecer los la integridad de los tejidos.<sup>74</sup></p>	

<sup>70</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 116

<sup>71</sup> Op cit págs. 243



<p>conocimiento y habilidades de un individuo a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud.<sup>72</sup></p> <p><b><u>Conocimiento: control de la infección</u></b></p> <p>Grado de la compresión transmitida sobre la prevención y el control de la infección.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Descripción de signos y síntomas.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <p>1.- Ninguno 2.- Escaso 3.- Moderado 4.-Sustancial 5.-Extenso.<sup>73</sup></p>	<p><b><u>Cuidados del sitio de incisión.</u></b></p> <p>Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Inspeccione el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación. -Vigile el proceso de de curación en el sitio de incisión. -Limpio desde la zona mas limpia hacia la zona menos limpia. -Facilite la visión de la incisión por parte de la persona. -Instruí a la persona acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha.<sup>75</sup></p> <p><b><u>Vigilancia de la piel</u></b></p> <p>Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Observe si hay enrojecimiento, calor</p>	<p>-La episiotomía es una incisión quirúrgica en el perineo para facilitar el paso el niño cuando existe la posibilidad de laceraciones del perineo, la vagina o el cuello uterino.</p> <p>-Su objetivo es prevenir los desgarramientos perineales, acortar la segunda etapa del parto aliviar la compresión sobre la cabeza del feto y facilitar el parto de nalgas o con fórceps.</p> <p>- Se supone que una episiotomía se resuelve más satisfactoriamente que una laceración.</p> <p>-Antes de hacer una episiotomía se aplica bloqueo regional o local.</p>
--	--	--

<sup>72</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>73</sup> Op. Cit. Pág. 159

<sup>54</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 82

<sup>75</sup> Op. Cit. Pág. 279

	<p>extremo, edema y las membranas mucosas.</p> <p>-Valore el estado de incisión.</p> <p>-Vigile el color y la temperatura de la piel.<sup>76</sup></p> <p>.</p>	<p>-Las laceraciones potenciales de vagina y perineo se clasifican en función de su magnitud: la de primer grado va de la piel de la mucosa. Una laceración de segundo grado va más allá y llega a los músculos del cuerpo perineal. En una laceración de tercer grado se desgarran los músculos de esfínter, así como los del perineo. Una laceración de cuarto grado alcanza los músculos del esfínter anterior del recto.</p>
--	---	--

## EVALUACION

La persona no presenta ningún signo y síntoma de infección. De acuerdo a la escala de medición No 1.

---

<sup>76</sup> Ibídem, pág. 787

**Necesidad: Evitar peligros.**

**Diagnostico:** Interrupción de los procesos familiares relacionado por la modificación en el estado social de la familia manifestado por la expresión de conflictos dentro de la familia

**Definición:** Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.<sup>77</sup>

**Dominio: (7) Rol/ Relaciones**

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones

**Clase: (2) Relaciones familiares**

Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.<sup>78</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<b>DOMINIO: (VI) Salud familiar.</b> Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia. <b>CLASE: (X) Bienestar de la familia</b>	<b>CAMPO: (5) Familia.</b> Cuidados que apoyan a la unidad familiar. <b>CLASE: (X) Cuidados de la vida.</b> Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su	

<sup>77</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 173

<sup>78</sup> Op cit pág. 240

<p>Resultados que describen la salud física, emocional y social de la familia como unidad.<sup>79</sup></p> <p><b><u>Integridad de la familia.</u></b></p> <p>Medida en que el comportamiento de los miembros de la familia colectivamente manifiesta cohesión, fuerza y lazos emocionales.</p> <p><b>INDICADOR</b></p> <p>Se ayudan entre si para ejecutar los roles y las tareas diarias.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Nunca manifestado</li> <li>2.- Raramente manifestado</li> <li>3.- En ocasiones manifestado</li> <li>4.-Con frecuencia manifestado</li> <li>5.-Manifestado constantemente<sup>80</sup></li> </ol>	<p>vida.<sup>81</sup></p> <p><b><u>Estimulación de la integración familiar.</u></b></p> <p>Favorecer la cohesión y unidad familiar.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Escuche a los miembros de la familia.</li> <li>-Determine los sentimientos de la familia respecto a su situación.</li> <li>-Ayude a la familia en la resolución de conflictos.</li> <li>-Colaboré con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.</li> <li>-Ayude a la familia a mantener relaciones positivas<sup>82</sup></li> </ul> <p><b><u>Mantenimiento de los procesos familiares.</u></b></p> <p>Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifique los efectos derivados del cambio de los papeles en los procesos familiares.</li> <li>-Facilite la flexibilidad de las visitas para</li> </ul>	<p>-El vínculo es un proceso que da lugar a un compromiso afectivo y emocional entre dos individuos. Este proceso se intensifica durante el periodo inicial posterior al nacimiento.</p> <p>-Durante el puerperio, la enfermera es responsable de vigilar que se desarrolle ese vínculo entre los miembros de la familia y el neonato porque es importante fomentar y facilitar el vínculo con los padres.</p> <p>-La enfermera debe reconocer el proceso de vinculación entre los padres y el niño.</p>
---	--	--

<sup>79</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>80</sup> Op. Cit. Pág. 341

<sup>69</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 87

<sup>82</sup> Op. Cit. Pág. 377

	<p>cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y la persona.</p> <p>-Ayude a los miembros de normalización a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.</p> <p>-Ayude a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.<sup>83</sup></p> <p><b><u>Terapia familiar.</u></b></p> <p>Ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida mas positivo para vivir mejor.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Utilice la historia clínica de la persona para investigar a la familia.</p> <p>-Determine los patrones de comunicación de la familia.</p> <p>-Identifique como la familia resuelve los problemas.</p> <p>-Determine como la familia toma decisiones.</p> <p>-Identifique los papeles habituales dentro del sistema de la familia.</p> <p>-Facilite el debate familiar.</p>	<p>-En la actualidad, las madres tienden a ser menos dependientes y son mas capaces de asumir responsabilidades del auto cuidado merced a factores como haber recibido una cantidad de fármaco durante el parto, deambulación temprana, compartir el cuarto con el bebe y un mayor apoyo del padre, las personas allegadas o la familia.</p> <p>-Los padres mal preparados para modificar sus relaciones, estilos de vida y papeles relacionados con la integración de un recién nacido a la familia tendrán mayores dificultades para hacer la transición necesaria.</p> <p>-El plan de atención incorpora estrategias de enfermería para ayudar a la madre y la familia a conocer los cuidados personales y los cuidados del recién nacido.</p>
--	---	---

<sup>83</sup> Ibídem, pág. 596

	<p>-Ayude a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros.</p> <p>-Proporcione educación e información.<sup>84</sup></p>	
--	--	--

#### EVALUACION

De acuerdo al indicador se ayudan entre si para ejecutar los roles y las tareas diarias la persona logra manifestarlo constantemente. De acuerdo a la escala de medición No 5

---

<sup>84</sup> Ibídem, pág. 763

**NECESIDAD: Comunicarse**

**Diagnostico:** Disposición para mejorar la comunicación manifestado por deseos de mejorar la comunicación con su pareja

**Definición:** Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado<sup>85</sup>

**Dominio: (5) Percepción/ Cognición**

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

**Clase: (5) Comunicación.**

Enviar y recibir información verbal y no verbal.<sup>86</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<b>DOMINIO: (VI) Salud en la familia.</b> Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia. <b>CLASE: (X) Bienestar de la familia</b>	<b>CAMPO: (3) Conductual.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. <b>CLASE: (Q) Potenciación de la comunicación.</b> Intervenciones para facilitar la expresión y	

<sup>85</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 48

<sup>86</sup> Op cit págs. 238-239

<p>Resultados que describen la salud física, emocional y social de la familia como unidad.<sup>87</sup></p> <p><b><u>Funcionamiento de la familia.</u></b></p> <p>Capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros durante los cambios de desarrollo.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <p>1.- Nunca manifestado  2.- Raramente manifestado  3.- En ocasiones manifestado  4.-Con frecuencia manifestado  5.-Manifestado constantemente<sup>88</sup></p>	<p>recepción de mensajes verbales y no verbales.<sup>89</sup></p> <p><b><u>Escucha activa.</u></b></p> <p>Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Establecí el propósito de interacción.  -Mostré interés en la persona.  -Hice preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.  -Utilice la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.<sup>90</sup></p> <p><b><u>Potenciación de la socialización.</u></b></p> <p>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Fomente las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.  -Fomente compartir problemas comunes</p>	<p>-Se ha observado que el comportamiento del padre es similar a las reacciones de la madre durante el contacto inicial con el recién nacido.</p> <p>-Muchos padres desean colaborar en la atención del niño, aunque no tienen la confianza de hacerlo a menudo se les excluye de la instrucción y de las demostraciones respectivas.</p> <p>-Las enfermeras deben ser más sensibles y hacerlos participar en las sesiones de enseñanza siempre que sea posible.</p>
---	--	--

<sup>87</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>88</sup> Op. Cit. Pág. 328

<sup>62</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 84

<sup>90</sup> Op. Cit. Pág. 371



	<p>con los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomente el respeto de los derechos de los demás.</li> <li>-Responde a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.</li> <li>-Utilice el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación.</li> <li>-Responde de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.</li> <li>-Facilite el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte de la persona.</li> </ul> <p><sup>91</sup></p>	<p>-En un principio, mientras la madre recupera fuerzas, el padre podría asumir las responsabilidades.</p>
--	--	--

## EVALUACION

La persona con frecuencia manifiesta según el indicador los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros. En la escala de medición No 4

---

<sup>91</sup> Ibídem, pág. 658

**Necesidad: Vivir según sus creencias.**

**Diagnostico:** Disposición para mejorar el bienestar espiritual manifestado por rezos.

**Definición:** Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo.<sup>92</sup>

**Dominio: (10) Principios vitales**

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

**Clase: (2) Creencias**

Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.<sup>93</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<b>DOMINIO: (V) Salud percibida.</b> Resultados que describen impresiones sobre la salud individual. <b>CLASE: (U) salud y calidad de vida</b> Resultados que describen el estado de salud de un individuo y que expresan satisfacción con la salud y	<b>CAMPO: (3) Conductual.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. <b>CLASE: (R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</b> Intervenciones para ayudar a otro a crear	-El valor religioso es la realización plena de la persona humana, su valor proviene de su condición y facultades propias. Si

<sup>92</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 40

<sup>93</sup> Op cit pág. 243

<p>las circunstancias de vida relacionadas con ella.<sup>94</sup></p> <p><b><u>Calidad de vida.</u></b></p> <p>Satisfacción expresada por un individuo sobre sus condiciones actuales de vida.</p> <p><b>INDICADOR:</b></p> <p>Satisfacción con el estado de salud</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <p>1.- Extremadamente comprometida  2.- Muy comprometida  3.- Moderadamente comprometida.  4.- Levemente comprometida  5.- No comprometida<sup>95</sup></p>	<p>sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.<sup>96</sup></p> <p><b><u>Facilitar la practica religiosa.</u></b></p> <p>Facilitación de la participación en prácticas religiosas.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Se fomento el uso y la participación en cualquier ritual o practica religiosa que no perjudique la salud.  -Se trato a la persona con dignidad y respeto.  -Se remitió un consejero religioso de su elección.</p> <p><b><u>Apoyo espiritual.</u></b></p> <p>Ayuda a la persona a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Utilice la comunicación terapéutica para establecer la confianza.  -Anime a la persona a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que</p>	<p>consideramos que la persona de mayor dignidad es Dios, entonces veremos que el aprecio religioso (las relaciones del hombre con el ser supremo), será el máximo valor que perfeccionara al hombre.</p> <p>-La mayoría de seres humanos buscan fe en la existencia de Dios; otras no, debido que algunos tienen una postura incrédula por ser materialista o evolucionista, otros por ser incapaces de conocer a Dios y otros por ser escépticos, y su actitud la fundamentan en argumentos filosóficos.</p> <p>-La comprensión, respeto y ayuda al individuo en relación con sus preceptos religiosos en la transición del proceso vital, crisis circunstanciales y de desarrollo, influyen en el control o eliminación de problemas espirituales.</p>
--	--	---

<sup>94</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>95</sup> Op. Cit. Pág. 341

<sup>69</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 85

	proporcionaron fuerza y apoyo espiritual. -Anime a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. -Se proporcione privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales <sup>97</sup>	
--	--	--

EVALUACION

La persona logra de acuerdo al indicador satisfacción con el estado de salud muy comprometida.

---

<sup>97</sup> *Ibíd*em, pág. 596

**NECESIDAD: Trabajar y realizarse.**

**Diagnostico:** Riesgo de baja autoestima situacional relacionada por la alteración de la imagen corporal

**Definición:** Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. <sup>98</sup>

**Dominio: (6) Auto percepción**

Conciencia del propio ser

**Clase: (2) Autoestima**

Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito<sup>99</sup>.

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (III) salud psicosocial.</b> Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social</p> <p><b>CLASE: (M) Bienestar psicológico.</b> Resultados que describen la salud emocional de un individuo. <sup>100</sup></p> <p><b><u>Autoestima</u></b> Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p><b>INDICADOR:</b> Mantenimiento del cuidado/higiene personal</p>	<p><b>CAMPO: (3) Conductual.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p><b>CLASE: (O) Terapia conductual.</b> Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables. <sup>102</sup></p> <p><b><u>Ayuda en la modificación de si mismo.</u></b> Reafirmación del cambio auto dirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p>	<p>-</p> <p>La primera se inicia inmediatamente después del parto y dura de pocas horas hasta dos días. Se caracteriza por un comportamiento pasivo y dependiente.</p>

<sup>98</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 35

<sup>99</sup> Óp. cit pág. 239

<sup>100</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>102</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79

<p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Nunca positivo</li> <li>2.- Raramente positivo</li> <li>3.- En ocasiones positivos</li> <li>4.- Con frecuencia positivo</li> <li>5.- Constantemente positivo<sup>101</sup></li> </ol>	<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anime a la persona a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.</li> <li>-Valore el ambiente social y físico de la persona por el grado de apoyo de las conductas deseadas.</li> <li>-Ayude a la persona a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce el cambio de la conducta.<sup>103</sup></li> </ul> <p><b><u>Manejo de la conducta.</u></b></p> <p>Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hice que la persona se sienta responsable de su comportamiento.</li> <li>-Consulte a la familia para establecer la base cognitiva de la persona.</li> <li>-Establecí hábitos.<sup>104</sup></li> </ul> <p><b><u>Modificaciones de la conducta.</u></b></p> <p>Promoción de un cambio de conducta.</p>	<p>-La madre se concentra en sus propias necesidades y solo le preocupa la salud general de su hijo; a menudo repasa constantemente su experiencia del parto y el nacimiento.</p> <p>-La segunda fase es la de autosuficiencia y la madre esta lista para afirmar su independencia. Toma la iniciativa de que puede participar en los cuidados del pequeño. Con frecuencia, su nuevo papel le agota y expresara su ansiedad por ello.</p> <p>-La tercera etapa de la de independencia. La mujer asume su posición en casa y su papel de madre. En ocasiones, lo que se le exige conduce a una depresión leve.</p>
--	--	---

<sup>101</sup> Óp. Cit. Pág. 118

<sup>103</sup> Op. Cit. Pág. 5

<sup>33</sup> ibídem , pág. 513

<sup>104</sup> Ibídem, pág. 499

	<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determine la motivación al cambio de la persona.</li> <li>-Anime a la persona que examine su propia conducta.</li> <li>-Discutí el proceso de modificación de la conducta con la persona.</li> <li>-Administre refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.</li> <li>-Anime a la persona participar en la selección de refuerzos.<sup>105</sup></li> </ul>	
--	---	--

#### EVALUACION

La paciente logra la escala de medición 3, en ocasiones positivas de acuerdo al indicador de mantenimiento de cuidado higiene.

---

<sup>105</sup> Ibídem, pág. 611

**NECESIDAD: Actividades recreativas.**

**Diagnostico:** Déficit de actividades recreativas relacionada por la falta de ambiente adecuado manifestado por los pasatiempos habituales, no pueden realizarse en el hospital.

**Definición:** Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.<sup>106</sup>

**Dominio: (4) Actividad/reposo**

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

**Clase: (2) Actividad/ejercicio**

Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) con resistencia<sup>107</sup>.

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<p><b>DOMINIO: (IV) Conocimiento y conducta en salud.</b> Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.</p> <p><b>CLASE: (Q) Conducta en salud.</b> Resultados que describen las acciones de un individuo para favorecer, mantener o restablecer la salud<sup>108</sup></p> <p><b><u>Participación en actividades de ocio.</u></b></p>	<p><b>CAMPO: (3) Conductual.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p><b>CLASE: (O) Terapia conductual.</b> Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.<sup>110</sup></p> <p><b><u>Terapia de actividad.</u></b> Prescripción de asistencia en actividades</p>	<p>-La recreación es una necesidad básica para todo ser humano. En cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es</p>

<sup>106</sup> NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 3

<sup>107</sup> Óp. cit pág. 239

<sup>108</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

<sup>110</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79



<p>Uso de las actividades de ocio o relajantes de cata a fomentar el bienestar.</p> <p><b>INDICADOR:</b> Refiere descanso con las actividades de ocio.</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- No adecuada</li> <li>2.-Ligeramente adecuada</li> <li>3.- Moderadamente adecuada</li> <li>4.-Sustancialmente adecuada</li> <li>5.-Completamente adecuada<sup>109</sup></li> </ol>	<p>físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se le ayudo a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales</li> <li>-Se le ayudo a centrarse en lo que el paciente puede hacer, mas que en lo déficit.</li> <li>-Se le ayudo a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.</li> <li>-S e le ayudo en actividades físicas regulares (deambulación, cuidado personal, etc.).</li> </ul> <p>111</p>	<p>necesaria distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasatiempo. Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.</li> <li>-Recreación. La definición del diccionario es; distracción, entretenimiento, placer.</li> <li>-Ocio. Es el descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.</li> <li>-</li> </ul>
---	--	--

## EVALUACION

La persona logra en la escala de medición la calificación numero 4.

<sup>109</sup> Óp. Cit. Pág. 367

<sup>111</sup> Op. Cit. Pág. 5

## NECESIDAD: Aprendizaje

**Diagnostico:** Disposición para mejorar los conocimientos del cuidado de un recién nacido relacionado porque manifiesta interés en el aprendizaje.

**Definición:** La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzado<sup>112</sup>.

### **Dominio: (5) Percepción/ Cognición**

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

### **Clase: (4) Cognición**

Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.<sup>113</sup>

RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
<b>DOMINIO: (IV) Conocimiento y conducta en la salud.</b> Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad. <b>CLASE: (S) Conocimiento sobre la salud.</b>	<b>CAMPO: (5) Familia.</b> Cuidados que apoyan la unidad familiar. <b>CLASE: (W) Cuidados de un nuevo bebe.</b> Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del	

<sup>112</sup> NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España, pág. 58

<sup>113</sup> Op cit pág. 238

<p>Resultados que describen el conocimiento y habilidades de un individuo a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud.<sup>114</sup></p> <p><b><u>Conocimiento: salud materno-infantil.</u></b></p> <p>Grado de la comprensión sobre la información necesaria para alcanzar y mantener una salud optima de la madre y del niño.</p> <p><b>INDICADOR</b></p> <p>Asistencia al recién nacido</p> <p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Ninguno</li> <li>2.- Escaso</li> <li>3.- Moderado</li> <li>4.-Sustancial</li> <li>5.- Extenso<sup>115</sup></li> </ol>	<p>parto.<sup>116</sup></p> <p><b><u>Cuidados del recién nacido.</u></b></p> <p>Actuación con el recién nacido durante el paso de la vida extrauterina y el subsiguiente periodo de estabilización.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantuvo la temperatura corporal del recién nacido.</li> <li>-Observo el reflejo de succión durante la alimentación.</li> <li>-Meció al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad.</li> <li>-Coloco al bebe en decúbito lateral o supino después de la alimentación.</li> <li>-Proporcione información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.</li> <li>-Mantuvo el cordón umbilical seco y aire poniendo el pañal por debajo del cordón.<sup>117</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los esfuerzos de enfermería durante el posparto incluyen conocimientos, expectativas, guía anticipada e instrucciones de la madre (o la pareja). Se inicia la planeación de alta, aprovechando el contacto con la madre para cumplir con los objetivos de enseñanza y aprendizaje.</li> <li>-Antes del alta definitiva, pasara algún tiempo con la madre o la pareja para instruir y aclarar las dudas el último momento.</li> </ul>
--	---	--

<sup>114</sup> JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 91

<sup>115</sup> Op. Cit. Pág. 180

<sup>84</sup> BULECHEK, Gloria M. “Clasificación de Intervenciones de enfermería” 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 87

<sup>85</sup> Ibídem, pág. 277

	<p><b><u>Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido).</u></b></p> <p>Facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo mas al hogar.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifique los patrones de interacción de las familias.</li> <li>Ayude a la familia a desarrollar mecanismos de enfrentamiento adoptados para tratar la transición de paternidad.</li> <li>-Observe la adaptación de los padres ala paternidad.</li> <li>-Promoví auto eficiencia en el desarrollo del papel prenatal.<sup>118</sup></li> </ul>	<p>-La forma segura de que todas las madres reciban información clave similar es una trayectoria clínica para determinar tiempos y una lista de control de enseñanza materno-infantil, la cual sirve como herramienta de registro.</p>
--	---	--

EVALUACION

La persona logra sustancialmente la asistencia del recién nacido. De acuerdo a la escala No 4.

---

<sup>118</sup> Ibídem, pág.378

#### 4.- Plan de alta

Descripción del estado actual del paciente que está cursando del puerperio fisiológico.

Paciente que cursa estable, ligera palidez de tegumentos, con buena evolución uterina, sangrado transvaginal escaso, se promueve binomio madre-hijo satisfactoriamente. Alta por mejoría bajo las siguientes indicaciones:

##### Medicamentos:

- Fumarato ferroso 1 tableta diaria vía oral por 60 días.
- Metamizol 500mg vía oral en caso de dolor

##### Alimentación: (Necesidad nutrición)

- Dieta normal
- Abundantes líquidos.

##### Procedimientos específicos:(Necesidad termorregulación, higiene y protección de la piel evitar peligros)

- Si presenta fiebre o sangrado transvaginal abundante acudir al servicio de urgencias
- Acudir a su cita en 40 días para revisión ginecológica.
- Tomar baños o duchas. Recordar seguir aseando el perineo del frente hacia atrás, si se efectuó la episiotomía, los puntos se reabsorberá.
- No hacerse duchas vaginales hasta no haber sido dada de alta en su revisión post-parto.

##### Rutina diaria: (Necesidad actividades recreativas)

- Actividades normales.
- Sobre las tareas domesticas no levantar pesados por lo menos las tres semanas posteriores al parto.

##### Vida sexual:

- No tener relaciones sexuales durante 40 días.

## 5.- CONCLUSIONES

Es importante reconocer el gran instrumento que es el Modelo de Virginia Henderson para este Proceso Atención de Enfermería, a través de sus 14 necesidades básicas, para poder planear nuestras actividades para y obtener los resultados esperados satisfactoriamente. El presente trabajo expone lo que es realmente el trabajo de enfermería y su rol laboral tan importante la persona gineco-obstetra.

El personal de enfermería debería reflexionar acerca de la valoración que establece con las personas, porque de esto depende la buena evolución, como en este proceso se llevo a cabo, de acuerdo a los diagnósticos que se establecieron, fue muy grato observar la importancia del desarrollo del proceso atención enfermería para el logro de la recuperación pronta dela persona.

También cabe mencionar el uso correcto de los libros Nanda, taxonomía NOC y taxonomía NIC para la elaboración de este trabajo, sin estos instrumentos el proceso de atención de enfermería no sería tan complemento. Considero que esto se tendría que llevar en la vida cotidiana en el campo laboral, para poder brindar un cuidado de calidad y calidez a las personas.

Finalmente podríamos decir que la paciente gineco-obstetra sin lugar a dudas requiere de diversos cuidados ya que la función fisiológica de su organismo es más propensa a ser víctima de múltiple complicaciones posteriores a un parto.

## **6.- SUGERENCIAS.**

Considero que el Proceso Atención de Enfermería debería llevarse como instrumento en el ámbito laboral, ya que sería de gran ayuda para poder comprender las necesidades que requieran nuestro paciente y brindarles una mejor atención, debido que con los instrumentos que se presentaron el paciente tendría un trato digno, se podría anexar en nuestra hoja de enfermería, debido que este es un documento medico legal.

También debería de implementarse como asignatura durante el proceso de la Licenciatura por parte del Sistema de Universidad Abierta, porque es una herramienta valiosa dentro del desempeño de la enfermería ya que le permite identificar problemas, planear sus actividades e incluso evaluarlas.

## 7.- GLOSARIO DE TERMINOS.

**Episiorrafia:** Del griego episeion, pubis y raphé, sutura). Operación que consiste en obliterar la vagina, avivando y suturando las caras internas de los labios mayores.

**Termogénesis:** (del griego: *termo* temperatura *génesis* inicio). Es la capacidad de generar calor en el organismo debido a las reacciones metabólicas.

**Termólisis:** Es la reacción en la que un compuesto se separa en al menos otros dos cuando se somete a un aumento de temperatura.

**Equimosis:** Cambio de color de un área cutánea o mucosa, debida a extravasación de sangra hacia el tejido celular subcutáneo, por traumatismo o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

**Lactógeno:** (Lactogen). Fármaco u otra sustancia que facilita la producción o secreción de leche.

**Loquios:** (lochia). Producto que fluye de la vagina tras el parto. Lo normal es que el flujo de loquios se interrumpa aproximadamente en la sexta semana.

**Modelo:** (model). Representación simbólica de las interrelaciones que presentan un fenómeno dentro de un sistema o proceso.

**Prolactina:** hormona producida en la hipófisis anterior que se libera en la corriente sanguínea de esta. Después del parto la prolactina y el Lactógeno placentario humano, estimula el crecimiento y desarrollo de las glándulas mamarias.

**Protrombina:** Proteína plasmática precursora de la trombina; la transformación de protrombina en trombina, primer paso de la formación del coágulo ocurre cuando la primera esta en presencia de calcio y tromboplastina.

**Termorregulación Neonatal:** Regulación de la temperatura corporal de un recién nacido, sobre la cual influye fenómenos de evaporación, conducción, radiación y convección.



## 8. BIBLIOGRAFIAS

- ALFARO Rosalinda, Aplicación del proceso atención de enfermería guía practica, tercera edición, Madrid Mosby Doyma 1999
- B. KOSIER, Fundamentos de Enfermería, Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, séptima edición. Madrid, 2005.
- BURROGHS, Arlene, Enfermería materno infantil, Octava edición, editorial MC Graw- Hill Interamericana, 2002 México. W.LYER, Barbará, Proceso y diagnostico de enfermería, tercera edición, Editorial MC Graw- Hill Interamericana.
- Diccionario de medicina océano Mosby edición en español 4 MMIV editorial océano Barcelona España
- FERNANDEZ, Ferrin Carmen, El modelo de Henderson y el proceso de enfermería, Editorial Masson-Salvat, Barcelona 2000.
- GARCIA, González María de Jesús, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, segunda edición, Editorial Progreso, S.A. de C.V, 2004 México
- JOHNSON, Marion. Et Cols. “Clasificación de resultados de enfermería”, 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid – España
- NANDA I, “Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones”, 2003 – 2004, Edit. Elsevier, 2005, Madrid- España.
- ROSALES Barrera Susana. Fundamentos de enfermería 2ª edición, editorial Manual Moderno 2000 México
- UNAM-ENEO SUA, “Obstetricia 1” antología 2000

## **9. ANEXOS**

### **9.1 PUERPÉRIO FISIOLÓGICO**

#### **9.1.1 Concepto**

Es el periodo de tiempo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta que la anatomía y fisiología del aparato genital de la mujer vuelva al estado anterior del embarazo (6-8 semanas o 40 días), también se incluye el periodo de las primeras 2 hrs. Post-parto

#### **9.1.2 Clasificación**

- Inmediato: tiene una duración de 24 hrs. a partir de haber terminado el alumbramiento. Durante el cual pueden ocurrir complicaciones agudas postanestésicas o posnacimiento.
- Mediato: duración de 1 semana después del parto.
- Tardío: el cual incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación por lo común en seis semanas en mujeres que no amamantan y la normalización de las funciones cardiovasculares y psicológicas, que pueden requerir meses.

#### **9.1.3 Cambios fisiológicos durante el puerperio.**

Durante las primeras horas y días que siguen al nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales. Si ocurrieran cambios de esta magnitud a una enferma que no fuera puérpera, producirán una grave preocupación. Por ejemplo, en el periodo posnatal, la paciente experimenta de manera típica una pérdida temporal de 6,8 a 7,7 kg. La mayor parte de esta pérdida (4,5 a 7,7 kg) es resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además

2,5 kg de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500ml o más. La magnitud de esta pérdida de líquido por diuresis y otros mecanismos placentarios asimismo un importante riesgo de shock hipovolémico a la paciente no obstétrica.

Sin embargo, la mayoría de las puérperas sufren relativamente pocas molestias relacionadas con dichos cambios.

- **Cambios cardiovasculares:**

En el puerperio ocurren impresionantes cambios maternos que afectan el sistema cardiovascular. Puede haber pérdida importante de sangre durante el parto a causa del aumento del 40% del volumen sanguíneo circulante durante el embarazo. No son raras las pérdidas hasta de 500ml en caso de parto vaginal y hasta de 700ml a 1000ml en caso de cesárea. Deben mantenerse dentro de los límites normales la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria.

- **Cambios urinarios :**

El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto lo que pueden ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina. Muchos de estos efectos disminuyen a las 24 horas. El exceso de líquido que se acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diuresis, que se inicia dentro de las 12 horas que siguen al parto e implica hasta 2,25 kg de pérdida ponderal.

- **Cambios gastrointestinales:**

El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana, debido a disminución de la motilidad del intestino, pérdida del líquido y malestar intestinal. El funcionamiento intestinal se normaliza

hacia el final de la primera semana, conforme se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos.

- **Cambios musculo esqueléticos:**

Los músculos abdominales suelen estar blando, débiles y laxos debido a la distensión. Si se administro anestesia regional durante el nacimiento quizá disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas del puerperio. Hay predisposición a sufrir tromboflebitis por decremento en la actividad e incremento de las concentraciones de protrombina. No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

- **Cambios mamarios:**

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

- **Cambios uterinos:**

Doce horas después del parto el fondo es palpable 1 cm por encima del ombligo- prosiguen las contracciones uterinas después de la expulsión de la placenta. En primíparas el tono uterino es elevado y el útero se conserva firme. En multíparas son comunes las contracciones uterinas periódicas, llamadas entuertos, que pueden proseguir durante dos o tres días después del parto.

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

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

#### **9.1.4 Signos vitales.**

La temperatura bucal dentro de las primeras 24 horas del puerperio puede llegar a 38 °C como resultado del esfuerzo muscular o la deshidratación; la paciente debe encontrarse afebril pasado dicho lapso.

La elevación de la temperatura más allá de 38°C durante dos días cualesquiera de los primeros 10 del postparto puede sugerir infección puerperal o de vías urinarias, endometritis, mastitis u otra infección.

Las elevaciones de la temperatura durante el segundo o el tercer día del puerperio no deben persistir más de 24 horas sin vigilancia.

## 9.2 Historia de valoración

### Valoración de necesidades humanas

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

#### i) Oxigenación:

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: \_\_. Tos productiva/seca: \_\_. Dolor asociado con la respiración: \_\_  
Fumador: \_\_.

Datos Objetivos:

Registro de Signos Vitales: Temperatura:    Pulso:    x' Respiración:    x' Presión Arterial: 1 mm Hg

Tos productiva/seca: \_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_ Coloración de la piel/lechos ungueales/peri bucal: \_\_\_\_\_ Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

#### j) Nutrición e hidratación:

Datos Subjetivos:

Dieta Habitual: \_\_\_\_\_. Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_.  
Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_. Intolerancia alimenticia/alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas de la masticación y deglución: \_\_. Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_.

Datos Objetivos:

Turgencia de la Piel: \_\_\_\_\_ Membranas y mucosas: \_\_\_\_\_. Características de uñas y cabello: \_\_\_\_\_. Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
Aspecto de dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_ -

**c) Eliminación:**

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ Características de las evacuaciones, orina y menstruación:

\_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales u otras: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar, menstruar u orinar: \_\_\_\_\_

¿Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación?:

\_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Abdomen/características: \_\_\_\_\_ Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

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

**d) Termorregulación:**

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ Ejercicio y frecuencia:

\_\_\_\_\_. Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Datos objetivos:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_ Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_ Otros:

\_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantenerse en buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel

**a) Moverse y mantener una buena postura:**

Datos Subjetivos:

Capacidad Física cotidiana\_\_\_\_\_ Actividades en el tiempo libre:\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_. Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_ Hábitos de Trabajo: \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo-esquelético/fuerza:\_\_\_\_\_ Capacidad muscular  
tono/resistencia/flexibilidad:\_\_\_\_\_. Posturas: \_\_\_\_\_  
Ayuda para la deambulación:\_\_\_\_\_ Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_Presencia de temblores: \_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Estado emocional: \_\_\_\_\_  
Otros:\_\_\_\_\_

**k) Descanso y sueño:**

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de Sueño\_\_\_\_\_Horas de  
descansos:\_\_\_\_¿Padece insomnio?:\_\_\_\_\_ ¿Se siente descasada al  
levantarse?: \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:\_\_\_\_\_. Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_. Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_ Respuesta a  
estímulos: \_\_\_\_\_. Otros:\_\_\_\_\_.

**d) Vestirse adecuadamente:**

Datos Subjetivos:



¿Influye su estado de ánimo para la selección de 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 del vestuario? \_\_\_\_.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_ Vestido\_\_ incompleto: \_\_\_\_ Sucio: \_\_ Inadecuado: \_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### **l) Higiene y protección de la piel:**

Datos Subjetivos:

Fuentes de Aseo: \_\_\_\_ Momento preferido del baño: \_\_\_\_\_ Cuantas 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? \_\_\_\_

Datos Objetivos:

Aspecto general: \_\_\_\_ Olor corporal: \_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_ Estado del cuero cabelludo:\_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas:\_\_\_\_\_ Otros:\_\_\_\_\_

### **f) Evitar los peligros:**

Datos Subjetivos:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? \_\_\_\_\_ ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? \_\_\_\_\_. ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_. En el hogar: \_\_. ¿Realiza controles periódicos de Salud recomendados? \_\_ ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

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 o de aprendizaje.

**a) Necesidad comunicación:**

Datos subjetivos:

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_ Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_  
Familiares: \_\_\_\_\_ Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_ Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
Relaciona sus problemas con su estado actual: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo pasa sola? \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Habla claro: \_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_ Dificultad de la visión: \_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**b) Creencias y valores:**

Datos Subjetivos:

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

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestir de acuerdo a su grupo religioso: \_\_\_\_ ¿Permite el contacto físico?: \_\_\_\_  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias? \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**c) Trabajo y realización:**

Datos Subjetivos

¿Trabaja actualmente? \_\_\_\_\_. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ Riesgos:  
Considera \_\_\_\_\_. ¿Cuánto tiempo le dedicara al trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Su  
remuneración de su esposo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de  
su familia? \_\_\_\_\_ ¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Estado emocional: Calmada, ansiosa, enfadada, retraída, temerosa, irritable,  
inquieta, eufórica: \_\_\_\_\_

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

**d). Recreación y diversión:**

Datos Subjetivos:

Actividades creativas que realiza en su tiempo libre:\_\_\_\_\_ ¿Las situaciones de  
estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? \_\_\_\_ ¿Existen en su comunidad  
recursos para la recreación? \_\_\_\_\_ ¿Ha participado en alguna actividad  
recreativa? \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular. \_\_\_\_\_ ¿Rechaza las actividades  
recreativas? \_\_\_\_\_¿Su estado de ánimo es apático, aburrido o participativo?  
\_\_\_\_\_

**e) Necesidades de aprendizaje:**

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_. Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_. Limitaciones  
cognitivas: \_\_\_\_\_. Preferencias: \_\_\_\_\_ ¿Conoce las fuentes de apoyo  
para el aprendizaje en su comunidad? \_\_\_\_\_ ¿Sabe como utilizar estas

fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_ ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_ Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional ansiedad o dolor: \_\_\_\_\_ Memoria: \_\_\_\_\_ Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_