

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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA PACIENTE CON PSICOSIS POSPARTO CON BASE EN LA  
VALORACIÓN DE MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

*Julieta Delgado Escobedo*

**CUENTA:**

*411515861*

**ASESORA**

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SAN LUIS POTOSÍ, MAYO DE 2018.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIA

*Dedico este proyecto a Dios y a mi madre.*

*A Dios porque jamás me abandono en  
ningún momento por haberme permitido  
concluir mi carrera. A mi madre Genoveva  
por ser mi amiga y compañera porque  
siempre estuviste pendiente de mi a pesar  
de los problemas que se nos presentaron,  
gracias por tu amor incondicional, por ser la  
mejor madre que Dios y la vida me pudo dar  
por todos tus consejos, gracias infinitas porque  
siempre estuviste a mi lado brindándome tu  
apoyo para hacer de mí una persona mejor.*

*A mi hermana Yuriana por siempre estar  
al pendiente de mí y cuidarme a pesar  
de la distancia, a mis hermanos Walther  
y Ulises porque siempre estuvieron  
cuando más necesite de ustedes.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi luz y mi camino por brindarme una vida llena de experiencias y sobre todo felicidad, por darme la fortaleza de seguir adelante en los momentos más difíciles que se han presentado a lo largo de este proyecto.

A mi madre Genoveva por su apoyo, orientación que me ha dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto ha sabido darme para enfrentar los momentos más difíciles y sobre todo gracias por el amor tan grande que me da.

A mis hermanos Yuriana, Walther y Ulises por ser parte importante de mi vida a los cuales amo ya que siempre han estado en las buenas y en las malas apoyándome incondicionalmente.

Una mención muy especial a mis amigos Yessenia Moreno porque me acompaño a lo largo de este trayecto por su determinación y amor a la vida, a Rocío Galarza Y Federico Castro por enseñarme que la vida es hoy, por estar conmigo apoyándome en este proyecto gracias por todo.

A la Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana por mi formación profesional como enfermera y así poder brindar un trabajo de calidad a mis pacientes, gracias a mis maestros, amigos y compañeros que fueron parte importante en mi fase como estudiante, gracias por las experiencias vividas.

Un agradecimiento muy especial a la Doctora Gandhi Ponce Gómez por su dedicación, su orientación, sus conocimientos, su manera de trabajar, y sobre todo su responsabilidad. La admiro y me siento en deuda con ella por lo recibido siempre le estaré agradecida, de todo corazón Dios la bendiga.

## Contenido

I.	INTRODUCCIÓN .....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	OBJETIVOS .....	3
IV.	MARCO TEÓRICO.....	4
4.1.	CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	4
4.2.	MARJORY GORDON .....	4
4.3.	PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON. ....	5
4.4.	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	7
4.5.	EPIDEMIOLOGIA .....	19
4.6.	FISIOPATOLOGIA .....	21
4.7.	ETIOLOGIA .....	22
4.8.	DIAGNÓSTICO.....	25
4.9.	TRATAMIENTO.....	28
V.	PRESENTACIÓN DEL CASO .....	31
VI.	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES .....	36
VII.	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	40
VIII.	PLAN DE ALTA.....	56
IX.	REGISTRO DE LOS CUIDADOS REALIZADOS.....	60
X.	CONCLUSIONES.....	61
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	62

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la psicosis postparto no existe como un trastorno independiente. En el DSM IV-TR se clasifica como: F23.8 Trastorno psicótico breve de inicio en el postparto.

Mientras que en el CIE-10 la categorización aparece como:

F23.0 Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS).

En términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.

Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad.

Las alteraciones psiquiátricas que se producen durante el embarazo o el puerperio pueden darse como la primera manifestación o como una reagudización de una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

Se estima que en algunos casos de psicosis postparto se puede confundir con una depresión, el rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos como delirios o alucinaciones. La duración es variable y en algunos casos es imprescindible la hospitalización.

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%.

## II. JUSTIFICACIÓN

La atención de enfermería en el área psiquiátrica constituye una parte fundamental en el manejo del paciente. El objetivo común del área de enfermería es proporcionar el cuidado y el trato digno realizando acciones correspondientes al tratamiento y a la prevención.

Unificar criterios en los cuidados del personal de enfermería es fundamental para llevar a cabo un trato adecuado y una atención especializada hacia el paciente psiquiátrico.

Es por eso por lo que se realiza esta investigación acerca de un tema del cual se dará a conocer más a fondo las causas de este, logrando con esto unificar criterios para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería en relación con el tema elegido. Para así lograr una mejor atención hacia los pacientes que se encuentren dentro de este padecimiento.

### III. OBJETIVOS

#### ➤ OBJETIVO GENERAL

Aplicar los conocimientos teóricos- prácticos para brindar una atención con calidad y calidez en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neuman Peña un caso clínico en donde se presenta un plan de cuidados de enfermería de acuerdo con los fundamentos de Marjory Gordon de una manera holística y así lograr el bienestar del paciente y cumplir con el objetivo que como pasantes de enfermería se es asignado, además de contribuir en la estandarización de la atención hacia los usuarios con dicho padecimiento.

#### ➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar al paciente psiquiátrico mediante la valoración de Marjory Gordon.
- Conocer las causas y la fisiopatología del trastorno psicótico agudo y transitorio posparto.
- Integrar los conocimientos teórico-prácticos a través de la realización de PAE en el área psiquiátrica.
- Lograr una atención con calidad y calidez a través de las intervenciones específicas de manera holística.



## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA**

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud

### **4.2. MARJORY GORDON**

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

#### **4.3. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.**

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

- 1.1. **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud:** Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.
- 1.2. **Patrón 2: Nutricional – metabólico:** Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.
- 1.3. **Patrón 3: Eliminación:** Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.
- 1.4. **Patrón 4: Actividad – ejercicio:** Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.
- 1.5. **Patrón 5: Sueño – descanso:** Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.
- 1.6. **Patrón 6: Cognitivo – perceptual:** Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
- 1.7. **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto:** Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.
- 1.8. **Patrón 8: Rol – relaciones:** Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

- 1.9. **Patrón 9: Sexualidad – reproducción:** Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- 1.10. **Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés:** Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés
- 1.11. **Patrón 11: Valores – creencias:** describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

#### **4.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

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

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.  
Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **Los objetivos**

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:
  - - Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
  - - Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
  - - Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **Objetivos del cliente/paciente:**

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).
- 

### **Ventaja**

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

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

Cuando usamos el diagnóstico de enfermería estamos estableciendo claramente que es lo que hacemos y en qué se diferencia nuestro accionar de otro profesional de la salud.

La aplicación del diagnóstico de enfermería asegura cuidados coherentes y facilita la comunicación entre el equipo.

En la medida que todas las enfermeras/os apliquen diagnósticos, va a mejorar el cuidado de los pacientes, porque sabrá concretamente cuales son los problemas que tiene y los objetivos que pretende lograr para resolverlos.

El diagnóstico debe verse desde la perspectiva del paciente y no desde la enfermera/o.

La identificación de los problemas es el primer paso, y la información para establecerlo se puede obtener de diversas fuentes, la más importante es el mismo paciente, esa fuente se denomina fuente primaria, es la percepción que él tiene de sus problemas.

Para obtener información del paciente, es lógico preguntarle, sus respuestas más la valoración física que realiza enfermería, sentarán los cimientos de su diagnóstico.

Dentro de las fuentes secundarias se pueden mencionar la historia clínica (HCL), registros de enfermería, información de familiares, allegados y amigos, información de laboratorios, otros profesionales etc...

Cuando se realiza la valoración, la/el enfermera/o debe ir preguntándose a sí mismo:

¿

La precisión del análisis de los datos recabados determinará la exactitud de un diagnóstico de enfermería.

## **Como se escriben los diagnósticos de enfermería:**

El diagnóstico cuenta de dos partes.

- La primera parte, establece la respuesta negativa o problema del paciente.

Ej.: “dificultad para respirar”.

- La segunda parte se enfoca en la causa potencial del problema.

Ej.: “presencia de secreciones traqueo bronquiales”

Para expresar el diagnóstico, se unirán ambas partes con la expresión:

“relacionado con, asociado a, debido a, causado por.”

## **A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:**

- Unir la primera parte con la segunda 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.

### **Planificación de los cuidados de enfermería:**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) 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 conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

#### Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados 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.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

### **Objetivos de enfermería:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de estos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso, deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él

mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo...

### **Documentación y registro**

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores

y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que, bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto, daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad, las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

### **PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

### **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. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las

intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero 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 la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### **EVALUACIÓN:**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

## **4.5. EPIDEMIOLOGIA**

El riesgo general es de 1-2 casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se suelen describir algunos factores de riesgo. Así, se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales.



En cuanto a los antecedentes familiares, un 50-60% de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares con trastornos afectivos.

El riesgo está muy aumentado en las mujeres que tienen antecedentes personales de trastornos del humor unipolares o bipolares (especialmente un trastorno bipolar I). En estos pacientes el riesgo pasa de 20 a 25%.

Las enfermedades psiquiátricas del posparto son 5 veces más frecuentes que las del embarazo, de ahí la hipótesis del papel protector del embarazo frente a las enfermedades mentales graves.

Esta patología psiquiátrica del posparto debuta en la primera semana que sigue al parto en el 40% de los casos, y en el primer mes postparto en el 80% de los casos. Según las manifestaciones clínicas y el soporte de estudios genéticos, se apoya la hipótesis de que la mayoría de los episodios de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo desencadenadas por el puerperio.

Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%.

Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño.

#### 4.6. FISIOPATOLOGIA

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé: “Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis cicloides o esquizofreniformes.”

Se caracteriza por pérdida de contacto con la realidad, agitación, confusión, alucinaciones vividas, delirios paranoides y comportamiento violento. Muy excepcionalmente se ha descrito suicidio e infanticidio.

El comienzo ocurre en un período muy poco tiempo después del parto y existe una serie de precisiones:

- Deben ser excluidas las psicosis asociadas con eclampsia, infección, privación de alcohol o con problemas del puerperio.
- Los pacientes con trastornos delirantes monosintomáticos y con psicosis psicógena deben ser excluidos.
- Si se decide incluir como tal a las psicosis depresivas, debieran restringirse a aquellas que presentan delirios, alucinaciones, confusión, estupor, catatonía o síntomas maniformes transitorios.
- El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses.

- No es necesario que la madre esté libre de patología psiquiátrica durante el embarazo.

Existe controversia respecto a la validez diagnóstica de esta entidad. El comienzo agudo, 2 días después del parto, con un estado de confusión agitada, es también característico de las psicosis posoperatorias y de las que sobrevienen tras un gran estrés. Muchos creen que solo representa un encadenamiento de episodios maníacos en el período postparto y que estas pacientes en realidad no tienen otra cosa que un trastorno bipolar. Muchas de estas de estas pacientes nunca experimentan ninguna otra enfermedad psicótica a menos que tengan un nuevo embarazo

#### **4.7. ETIOLOGIA**

Los factores que pueden influir en el inicio de un cuadro de las características que nos ocupa se pueden agrupar en:

1.- Factores heredo-constitucionales: Se insiste en el papel del "terreno", siendo el grupo de familia con historia de bipolaridad el que ofrece las relaciones genéticas

más significativas. Cuando una mujer ha presentado crisis maniacodepresivas, existe un elevado porcentaje de riesgo de recaída después del parto.

En las pacientes con trastornos bipolares, el 50% de los nacimientos darán lugar a un episodio con trastornos afectivo.

2.- Factores biológicos: Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto son de una amplitud y rapidez únicas. En efecto, en los días siguientes al parto las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el parto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran cambios en el eje tiroideo, en las tasas de gonadotropinas, de prolactina o de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora. Las alteraciones del metabolismo de las indolaminas se han implicado en la génesis de algunas enfermedades depresivas, con una síntesis reducida de la 5-OH-triptamina cerebral (serotonina) y posibles niveles disminuidos de triptófano libre en plasma. Se confirma en las mujeres que han tenido un episodio de *postpartum blues* severo y en aquellas que están deprimidas 6 meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.

3.- Factores psicodinámicos: autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño

no deseado) o más a menudo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal". Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación con su propia madre y con su hijo. Entre los factores psicosociales figura, en primer término, el conflicto provocado por la aparición de una tercera persona en el grupo familiar. La madre tiene que asumir ahora una mayor responsabilidad. Tiene que dejar de ser hija para ser ella, a su vez, madre. Y tiene, en fin, que compartir con su esposo el destino del nuevo ser que ambos han engendrado. Esta situación crítica da lugar a toda clase de ambivalencias y a un aumento de la agresividad, provocadas a veces por un complejo de castración, una falla en la resolución de la fase edípica y tendencias sádicas hacia los hombres. Naturalmente las personalidades inmaduras son más proclives a sufrir trastornos posparto.

Las psicosis puerperales se caracterizan por depresión e ideas delirantes que aparecen después del parto. El estado de ánimo puede estar elevado o deprimido y con frecuencia es lábil; puede también haber agitación, aumento de la actividad e insomnio. La enferma puede ver al recién nacido como la personificación del diablo o como el Mesías; también pueden existir alucinaciones auditivas que pueden ser órdenes, en ocasiones para que la paciente mate al recién nacido. Pueden producirse infanticidios. El cuadro clínico tiene unas características específicas:

a) Rápido cambio de sintomatología

- b) Labilidad de humor.
- c) Signos confusionales

Los síntomas iniciales más frecuentes son ansiedad, cansancio, humor depresivo, disturbios del sueño, alteraciones del comportamiento, agitación catatónica, ilusiones y alucinaciones.

Entre los factores de riesgo destacan: primer hijo, episodios previos de psicosis puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y parto por cesárea. En la evaluación natural, los síntomas desaparecen de forma gradual y espontánea durante semanas o meses. Una sustancial minoría de estas pacientes, quizá cerca de la mitad, experimentará otro episodio tras el siguiente parto.

#### **4.8. DIAGNÓSTICO**

El DSM-IV no contiene criterios diagnósticos específicos para este trastorno. El diagnóstico puede hacerse cuando la psicosis ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento del niño. Los síntomas característicos son ideas delirantes, déficits cognoscitivos, alteraciones motoras, alteraciones del estado de ánimo y, de forma ocasional, alucinaciones. El contenido del material psicótico hace referencia al embarazo y la maternidad.

El DSM-IV también permite realizar el diagnóstico de trastorno psicótico breve y trastorno del estado de ánimo de inicio en el postparto.

La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto; sin embargo, la DSM-IV sólo hasta cuatro semanas postparto.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este, debería establecerse entre las variables ya mencionadas de la enfermedad postnatal: melancolía, depresión y psicosis postparto. La dificultad estriba, al igual que en el resto de la psiquiatría en diferenciar una depresión psicótica de una que no lo sea, y la depresión endógena de la reactiva. Aunque el cuadro psicótico suele aparecer en las 2 ó 3 semanas siguientes al parto, sigue siendo difícil catalogar casos individuales. Por este motivo, la validez de los criterios de clasificación debe ser contrastada con la etiología y origen de cada enfermedad concreta.

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno.

El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a)** Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- b)** Presencia de síndromes típicos.
- c)** Presencia de estrés agudo.

El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo". La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de las personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural.

Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.



#### 4.9. TRATAMIENTO

Los tratamientos farmacológicos son comparables a aquellos utilizados para los síndromes similares que aparecen fuera del contexto del posparto. Un estudio demuestra que las fenotiazinas son más utilizadas en las mujeres que presentan una psicosis del posparto.

Los casos en que esta enfermedad se presenta, se pueden considerar urgencias tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico, lo que hace necesario el ingreso. En estos casos, es frecuente, que junto con la madre sea ingresado el hijo. La estancia media hospitalaria de estos pacientes es de 8 días y su tratamiento incluye psicofármacos y terapias electroconvulsivas, las cuales son consideradas como el tratamiento de elección, menguando la enfermedad y disminuyendo las interferencias con la lactancia, sin embargo, no hay evidencias clínicas de que este tratamiento sea mejor que el farmacológico. La bromocriptina es un agonista de la dopamina que se utiliza en el postparto para la supresión de la lactancia.

Son pocas las ocasiones, pero no inexistentes, en las que el uso de la medicación se ha asociado con sintomatología psicótica en algunas pacientes.

Una vez que una mujer ha presentado una psicosis puerperal, debe ser advertida de la posibilidad de recaída, que será mayor en los trastornos bipolares, en un embarazo posterior. En estos casos será necesario un apoyo psicológico durante el embarazo, porque estas pacientes viven con la angustia de una recaída.

Las necesidades se cubrirán, empezando por las más básicas:

- Seguridad al valorar el potencial de violencia tanto hacia sí misma como hacia los demás.
- Eliminar los objetos potencialmente lesivos, poner límite a los episodios de violencia y si es necesario, utilizar medios mecánicos de contención.
- Reducir la ansiedad de la paciente para ello es necesario establecer una relación de confianza, intentando orientarlo y promocionar su contacto con la realidad mediante mensajes simples.
- Limitar los comportamientos inaceptables puede ser útil ofrecer otras alternativas de comportamiento.
- Enseñar a la paciente mecanismos de enfrentamiento y adaptación más eficaces y a afrontar sus sentimientos.

Se deberá evaluar de forma constante a la paciente, de modo que se pueda ir modificando el plan de cuidados según convenga.

La psicoterapia debe estar centrada en las áreas particularmente conflictivas. Hay que ayudar a la paciente a aceptar su rol femenino y la rabia y los celos que surgen a raíz de la dependencia que tiene respecto de su madre. Va de suyo la necesidad de tener en cuenta al grupo familiar entero. También puede estar indicado el introducir algunos cambios en la estructura del hogar

A pesar de su elevada prevalencia, a menudo la depresión posparto no se diagnostica y, por lo tanto, no se trata. Asimismo, el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención primaria. La evidencia clínica demuestra que, por un lado, existen estrechas relaciones entre la variabilidad hormonal fisiológica, los cambios anímicos normales, las alteraciones hormonales (en particular de los ejes tiroideos, gonadal y suprarrenal) que en muchas ocasiones son factores etiológicos principales y, en otras, requieren complementaciones o correcciones para una adecuada recuperación anímica. Por otro lado, esta variabilidad depende de factores psíquicos, las condiciones afectivas y sociales de la madre experimentadas durante el embarazo y el mismo parto, y sus antecedentes depresivos. De hecho, las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo.

En consecuencia, la provisión de apoyo posparto intensivo y remisión adecuada por parte de profesionales de atención primaria capacitados para la identificación de síntomas y el tipo de tratamiento de estas patologías pueden prevenir episodios más graves y largos, y disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, y también los índices de suicidio y filicidio. De ahí la importancia y la necesidad de identificar de manera temprana los casos para evitar alteraciones afectivas posparto mediante un tratamiento que responda a un diagnóstico acertado.

## V. PRESENTACIÓN DEL CASO

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: C.L. R.V		
Edad: 18 años	Sexo: Femenino	Religión: católica
Lugar y fecha de nacimiento: 5 de noviembre de 1995 Querétaro Qro.		
Estado civil: Unión libre	Escolaridad: Secundaria	
Ocupación: Estudiante, Vendedora informal		
Dx médico Actual: Trastorno psicótico agudo y transitorio F23 de inicio en el posparto. Puerperio fisiológico		

- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuela paterna con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y problemas cardiovasculares (EVC).

Madre con antecedentes de depresión y ansiedad.

Tío materno con antecedentes de consumo de sustancias no especificadas.

- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habita en casa de sus padres cuenta con todos los servicios necesarios, cohabita con hermana con quien tiene mala relación por poca integración familiar.

La madre refiere haber tenido 6 hijos de los cuales 4 fueron recogidos por el DIF por "abandono".

Dentro de los hábitos higiénicos menciona el baño y cambio de ropa diariamente, lavado de boca frecuentemente.

Esquema de vacunación completo.

Sus hábitos dietéticos con buena ingesta de alimento en cantidad y calidad, no realiza ejercicio.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Refiere haber sido hospitalizada meses antes debido a amenaza de aborto por probable infección de vías urinarias.

Niega intervenciones quirúrgicas, fracturas y transfusiones sanguíneas.

Ingesta de múltiples sustancias toxicológicas desde los 13 años, las cuales siguió consumiendo durante el embarazo tales sustancias como "cristal, marihuana, piedra, alcohol" se desconoce patrón de consumo.

- ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS

Menarca a los 12 años con ritmo de 30 x 4

Gestas: 1                      Paras: 1                      Abortos: 0                      Inicio de vida sexual: 13 años

Método de planificación familiar: DIU

Fecha de ultima menstruación: Desde antes del parto

Parto el día 27 de junio del presente año con gestación de 38 semanas, negando enfermedades durante el embarazo. Parto al parecer sin complicaciones egresando el mismo día.

- PADECIMIENTO ACTUAL

Tiene como antecedente importante abandono de su padre cuando ella tenía un año de edad, migro a EU regresando temporalmente.

Cuando la paciente tenía 13 años fueron retirados sus 4 hermanos de su madre por “abandono”.

Refiere la madre que cuando la paciente se fue de la casa se acentuaron síntomas depresivos los cuales probablemente habían iniciado en la edad escolar. Ya que inicio con el consumo de alcohol y drogas lo cual le ocasionaba llanto, ira, irritabilidad, por lo cual ella intento llevarla con psicólogos.

La sintomatología se exacerbo en marzo pasado cuando su concubino fue aprendido por robo, situación con la cual se mantenían. Posterior a esta situación la paciente se entera de su embarazo, con lo cual se encontraba triste, con labilidad y llanto, ideas de dar en adopción a su hija. Sin embargo, días después mostro mejoría, teniendo motivación por su hija, regresando a la realización de tareas domésticas.

El pasado 27 de junio tuvo parto sin complicaciones aparentes, siendo egresada al día siguiente, refiere la madre que al llegar a casa la paciente se mostraba “normal” atendiendo a su bebe. Aproximadamente al 4 día comenzó con agresividad física y verbal contra su hermano de manera propositiva, pensamiento y conducta desorganizada, ideas delirantes de daño hacia ella y su hija, risas inmotivadas, llanto frecuente. Pensamiento incoherente, descuido de higiene y aliño,

aumentando la irritabilidad y agresividad, motivo por el cual fue llevada al CESAME y valorada, refiriéndose a esta institución para su manejo hospitalario.

- EXAMEN MENTAL

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, conformación íntegra, portando uniforme de la institución.

Atención distractil, poco cooperadora, expresiones verbales múltiples, inapropiadas. Orientada en persona, desorientada en tiempo, lugar y poco en circunstancia, lenguaje desorganizado emitido en tono y volumen elevado, se observa con motricidad aumentada, por inquietud psicomotriz, actitud forzada por contención. Impresiona con alteraciones sensoperceptuales de tipo auditivo, lo cual refiere “escuchar voces “.

Expresa ideas espontáneas, imprecisa, incoherente, incongruente, se encuentra verborreica, coprolálica, pensamiento desorganizado, ideas delirantes de daño por parte del personal médico y asistencial. Juicio distorsionado desapegado de la realidad, se refiere “triste y enojada a la vez”. Afecto con labilidad emocional pasando del llanto a las risas y posteriormente a la irritabilidad. Por momentos presenta falsos reconocimientos.

Inicio	Medicamento	Dosis	Vía	Horario
9 - 07 - 14	Olanzapina	10 mg	Oral	0 - 0 - 2

9 - 07 - 17	Clonazepam	2 mg	Oral	¼ - ¼ - ½
-------------	------------	------	------	-----------

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 63 kg

Talla: 148 cm

IMC: 30

T°: 36.2

FC: 78x'

FR: 19x'

T/A: 90/60

Dextrostix: 102 mg/dl

**CABEZA:** normo encéfalo sin masas anormales ni hendiduras aparentes. Cabello limpio bien implantado sin presencia de pediculosis o seborrea.

**CARA:** campo visual normal ojos simétricos, pupilas isocóricas normoreflexicas, orejas simétricas, sin obstrucciones en conductos auditivos, las cejas bien implantadas y simétricas.

**NARIZ:** se observa con ausencia de secreciones esta simétrica con tabique nasal normal sin desviaciones y centrado.

**BOCA:** mucosas bien hidratadas, con buena coloración, dentadura completa.

**CUELLO:** cilíndrico, sin inflamación o lesiones aparentes.

**EXTREMIDADES SUPERIORES:** simétricas, tono y fuerza disminuidas por efecto sedativo, se observa coloración normal, hematomas en carpo de la mano relacionados con punciones de catéter periférico.

**TORAX:** a la inspección mamas simétricas poco inflamadas por proceso de lactancia.

**ABDOMEN:** a la inspección se observa abdomen sin masas aparentes, involución uterina normal. Ruidos peristálticos presentes.

**GENITALES:** se observan vulva con distribución de vello púbico normal, episiotomía en proceso de cicatrización sin datos de infección.

**EXTREMIDADES INFERIORES:** coloración normal, simétricas, sin lesiones aparentes, movimientos y reflejos presentes.



## **VI. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES**

## PERCEPCION/MANEJO DE LA SALUD:

Paciente de 18 años con diagnóstico de Trastorno psicótico agudo y transitorio, curando puerperio fisiológico. La paciente menciona que no había presentado ningún síntoma anterior a este cuadro, niega haber sufrido alguna enfermedad antes.

## NUTRICIONAL/METABÓLICO

La paciente tiene una dieta balanceada, que cubre sus requerimientos diarios, con un consumo de agua de 1 litro al día aproximado.

## ELIMINACION

La eliminación urinaria se presenta normal, sin dificultad para el vaciamiento de la vejiga, de color amarillo claro sin secreciones, menciona que antes de la toma de psicofármacos su eliminación fecal era normal, ahora refiere dificultad para evacuar, durar días sin lograrlo.

## ACTIVIDAD/EJERCICIO

La paciente es independiente para la realización de las actividades diarias, coordina bien sus movimientos, excepto cuando se encuentra bajo efecto sedativo, deambula por la unidad y se integra a actividades de la sala con poca interacción con usuarios debido a su agresividad e irritabilidad.

## SUEÑO/DESCANSO

Duerme por la noche aproximadamente de 7 a 8 horas debido a su cuadro maniaco se levanta por lapsos de tiempo para deambular por la unidad o acudir al baño.

## COGNITIVO/PERCEPTUAL

El paciente sabe leer ni escribir.

Se encuentra alerta con una conducta por momentos cooperadora, ya que en ocasiones se torna irritable, tono de voz y velocidad elevado, impresiona con alteraciones sensoriales de tipo visual y auditivo.

#### AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

La paciente menciona que lo que le está pasando es por culpa de las drogas y de su madre. Refiere que antes ella era "normal". Se le interroga más, pero debido a su desorganización se difiere.

#### ROL/RELACIONES

Ahora vive con su madre ya que su conyugue está preso por delito de robo, tiene mala interacción con su hermano.

Interactuaba con amigos, conocidos y su pareja con los cuales ingería sustancias toxicológicas.

La madre refiere que siempre ha sido muy peleonera, esa es la forma en la que algunas veces soluciona sus problemas.

#### SEXUALIDAD/REPRODUCCION

Inicio su vida sexual a la edad de 13 años, niega abortos.

Tuvo parto eutócico el pasado mes con producto de 38 semanas de gestación. Método de planificación familiar, DIU-

#### ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Poco tolerante a situaciones estresantes mostrándose irritable, agresiva. Difícil manejo en sala debido a su cuadro psicótico.

#### PATRONES ALTERADOS

- ✓ Eliminación
- ✓ Actividad / ejercicio
- ✓ Sueño / descanso
- ✓ Cognitivo / perceptual
- ✓ Rol / Relaciones
- ✓ Adaptación / tolerancia al estrés

#### DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

- Ansiedad
- Riesgo de aspiración
- Riesgo de caída
- Estreñimiento
- Disposición para mejorar el bienestar

## VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

<b>Dominio:</b> 9 afrontamiento/tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 3 Respuesta de afrontamiento
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>
<p><u>Etiqueta (problema)</u></p> <p>ANSIEDAD</p> <p><u>Factores Relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el estado de salud</li> <li>• Abuso de sustancias</li> </ul> <p><u>Características Definitorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos extraños</li> <li>• Lanzar miradas alrededor</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Agitación psicomotriz</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Angustia</li> <li>• Confusión</li> <li>• Disminución del campo perceptual</li> </ul>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>Nivel de agitación (1214)</p> <p>Dominio : ( III ) Salud psicosocial</p> <p>Clase : ( M ) Bienestar psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 121401 dificultad para procesar la información</li> <li>• 121402 inquietud</li> <li>• 121404 irritabilidad</li> <li>• 121405 camina de un lado para otro</li> <li>• 121426 golpea</li> <li>• 121421 labilidad emocional</li> <li>• 121423 verbalizaciones inadecuadas</li> <li>• 121424 gestos inadecuados</li> <li>• 121426 sueño interrumpido</li> <li>• 121430 aumento de la FC</li> <li>• 121431 aumento de la FR</li> </ul>	GRAVE 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		SUSTANCIAL 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		MODERADO 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		LEVE 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		NINGUNA 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>

**Dominio:** 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

**Clase:** 3 Respuesta de afrontamiento

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA  
(NANDA)**

Etiqueta (problema)

ANSIEDAD

Factores Relacionados

- Cambios en el estado de salud
- Abuso de sustancias

Características Definitorias

- Movimientos extraños
- Lanzar miradas alrededor
- Insomnio
- Agitación psicomotriz
- Irritabilidad
- Angustia
- Confusión
- Disminución del campo perceptual

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Nivel de ansiedad (1211)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 121102 impaciencia</li><li>• 121105 inquietud</li><li>• 121107 tensión facial</li><li>• 121108 irritabilidad</li><li>• 121110 explosiones de ira</li><li>• 121111 conducta problemática</li><li>• 121119 Aumento de la presión arteria</li><li>• 121120 aumento de la frecuencia cardiaca</li><li>• 121121 aumento de la frecuencia respiratoria</li><li>• 121129 trastornos del sueño</li></ul>	GRAVE 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
Dominio: ( III ) Salud psicosocial		SUSTANCIAL 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
Clase: ( M ) Bienestar psicosocial		MODERADO 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
		LEVE 4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
		NINGUNA 5	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li><li>• Mantener a Aumentar a</li><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>

<b>Dominio:</b> 9 afrontamiento/tolerancia al estrés <b>Clase:</b> 3 Respuesta de afrontamiento
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>
<p><u>Etiqueta (problema)</u></p> <p>ANSIEDAD</p> <p><u>Factores Relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el estado de salud</li> <li>• Abuso de sustancias</li> </ul> <p><u>Características Definitorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos extraños</li> <li>• Lanzar miradas alrededor</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Agitación psicomotriz</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Angustia</li> <li>• Confusión</li> <li>• Disminución del campo perceptual</li> </ul>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Autocontrol de la agresión (1401)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 140114 identifica cuando se siente agresivo</li> <li>• 140115 identifica alternativas de la agresión</li> <li>• 140116 identifica alternativas a los arrebatos verbales</li> <li>• 140117 desahoga sentimientos negativos de forma no destructiva</li> <li>• 140103 se abstiene de golpear a los demás</li> <li>• 140104 se abstiene de dañar a los demás</li> <li>• 140106 se abstiene de destruir la propiedad</li> <li>• 140118 autocontrol de las conductas agresivas</li> <li>• 140119 mantiene el autocontrol sin supervisión</li> </ul>	<p>Nunca demostrado 1</p> <p>Raramente demostrado 2</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>Frecuentemente demostrado 4</p> <p>Siempre demostrado 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Dominio: ( III ) Salud psicosocial			
Clase: (O) Autocontrol			

**Dominio:** 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

**Clase:** 3 Respuesta de afrontamiento

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA  
(NANDA)**

Etiqueta (problema)

ANSIEDAD

Factores Relacionados

- Cambios en el estado de salud
- Abuso de sustancias

Características Definitorias

- Movimientos extraños
- Lanzar miradas alrededor
- Insomnio
- Agitación psicomotriz
- Irritabilidad
- Angustia
- Confusión
- Disminución del campo perceptual

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Autocontrol de la ansiedad (1402)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 140201 monitoriza la intensidad de la ansiedad</li><li>• 140202 elimina precursores de la ansiedad</li><li>• 140206 planifica estrategias de superación efectivas</li><li>• 140207 utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</li><li>• 140208 refiere disminución de la duración de los episodios</li><li>• 140210 mantiene el desempeño del rol</li><li>• 140214 refiere dormir de forma adecuada</li><li>• 140217 controla la respuesta de ansiedad</li></ul>	Nunca demostrado 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
Dominio: (III) Salud psicosocial		Raramente demostrado 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
		A veces demostrado 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
		Frecuentemente demostrado 4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
Clase: (O) Autocontrol		Siempre demostrado 5	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener a Aumentar a</li></ul>



## INTERVENCIONES (NIC)

### DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

**Definición:** minimizar la aprensión temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

#### ACTIVIDADES

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están presentes.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

## **INTERVENCIONES (NIC)**

### **AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO**

**Definición:** facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.

#### **ACTIVIDADES**

- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad.
- Determinar las expectativas del comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel del funcionamiento cognitivo y físico del paciente.
- Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.
- Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de cuidados u otras personas responsables durante los periodos en los que aumenta la tensión.
- Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar armas potenciales)
- Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (técnicas de relajación, distracción)
- Proporcionar una respuesta sobre el comportamiento para ayudar al paciente a identificar el enfado.
- Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente.
- Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado.
- Ayudar al paciente a identificar las causas del enfado.
- Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que el paciente pierda el control.
- Administrar medicamentos PRN si procede.
- Establecer controles externos (sujeción física o manual, descansos y reclusión) si es necesario para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se adapte a las circunstancias.
- Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado hacia los demás (afirmación y declaración de los sentimientos)
- Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada del mismo.
- Fortalecer al paciente para una expresión adecuada del enfado.

<b>Dominio:</b> 2 seguridad / Protección <b>Clase:</b> 2 Lesión física
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>
<p><u>Etiqueta (problema)</u></p> <p>RIESGO DE CAIDA</p> <p><u>Factores Relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TEC estado post anestésico</li> <li>• Disminución del estado mental</li> <li>• Deterioro de la movilidad</li> <li>• Ansiolíticos</li> <li>• Hipnóticos</li> </ul>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Deambulación segura (1926)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 192601 deambula sin hacerse daño</li> <li>• 192602 deambula sin perjudicar a otros</li> </ul>	<p>NUNCA DEMOSTRADO 1</p> <p>RARAMENTE DEMOSTRADO 2</p> <p>AVECES DEMOSTRADO 3</p> <p>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4</p> <p>SIEMPRE DEMOSTRADO 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
<p>Dominio: ( IV ) Conocimiento y conductas de salud</p> <p>Clase: ( T ) Control del riesgo y seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 192603 se sienta durante más de 5 min seguidos</li> <li>• 192604 ser dirigida a partir de actividades no seguras</li> </ul>	<p>SIEMPRE DEMOSTRADO 1</p> <p>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 2</p> <p>AVECES DEMOSTRADO 3</p> <p>RARAMENTE DEMOSTRADO 4</p> <p>NUNCA DEMOSTRADO 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>

## **INTERVENCIONES (NIC)**

### **PREVENCION DE CAIDAS**

**Definición:** establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

#### **ACTIVIDADES**

- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente determinado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio de la deambulacion.
- Sugerir cambios en el paso del paciente.
- Asistir la deambulacion de una persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una deambulacion segura.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso,
- Instruir al paciente para que pida ayuda si lo necesita.
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.

**Dominio:** 2 Seguridad / Protección

**Clase:** 2 Lesión física

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA  
(NANDA)**

Etiqueta (problema)

RIESGO DE ASPIRACION

Factores Relacionados

- TEC (terapia electro convulsiva) estado post anestésico
- Administración de medicación
- Reducción del nivel de conciencia

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Recuperación posterior al procedimiento (2303)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230301 vías aéreas permeables</li> <li>• 230302 respiración espontanea</li> <li>• 230303 frecuencia respiratoria</li> <li>• 230304 profundidad de la inspiración</li> </ul>	Desviación grave del rango normal 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Dominio : ( II ) Salud fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230308 puntuación de recuperación post anestésica</li> <li>• 230310 capacidad para deglutir</li> </ul>	Desviación sustancial del rango normal 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Clase: ( a ) Respuesta terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230308 puntuación de recuperación post anestésica</li> <li>• 230310 capacidad para deglutir</li> <li>• 230312 responde a preguntas</li> <li>• 230313 totalmente despierto</li> <li>• 230315 tolerancia de la deambulacion</li> </ul>	Desviación moderada del rango normal 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Desviación leve del rango normal 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Sin desviación del rango normal 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>

## INTERVENCIONES (NIC)

### PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACION

**Definición:** prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

### ACTIVIDADES

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de gases, reflejo de tos y capacidad cognitiva.
- Mantener una vía aérea.
- Colocar vertical 90° o lo mas incorporado posible.
- Alimentación asistida en pequeñas cantidades.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.
- Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.

## INTERVENCIONES (NIC)

### CUIDADOS POST ANESTESIA

**Definición:** control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o local.

#### ACTIVIDADES

- Administrar oxígeno, si procede.
- Comprobar la oxigenación.
- Proceder a la ventilación si es necesario.
- Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo si procede.
- Controlar la temperatura.
- Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor si es necesario.
- Ponerse en contacto con el médico cuando proceda.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- Vigilar el estado neurológico.
- Observar el nivel de conciencia.
- Proporcionar estimulación verbal o táctil.
- Ajustar la cama según corresponda.
- Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

<b>Dominio:</b> 3 Eliminación / Intercambio <b>Clase:</b> 2 Función gastrointestinal
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>
<u>Etiqueta (problema)</u>  ESTREÑIMIENTO
<u>Factores Relacionados</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos ( Anti psicóticos )</li> <li>• Confusión mental</li> <li>• Actividad física insuficiente</li> </ul>
<u>Características Definitorias</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Cambios en el patrón intestinal</li> <li>• Disminución de la frecuencia</li> <li>• Disminución del volumen de las heces</li> <li>• Distención abdominal</li> </ul>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Función gastrointestinal (1015)  Dominio: ( II ) Salud física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 101501 tolerancia alimentos</li> <li>• 101502 perímetro abdominal</li> <li>• 101503 frecuencia de deposiciones</li> <li>• 101505 consistencia de deposiciones</li> <li>• 101508 ruidos abdominales</li> <li>• 101512 nivel de la actividad</li> </ul>	Gravemente comprometido 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Sustancialmente comprometido 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Clase: ( K ) Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 101513 dolor</li> <li>• 101514 distención abdominal</li> <li>• 101516 regurgitación</li> </ul>	Moderadamente comprometido 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Levemente comprometido 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		No comprometido 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Grave 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
		Sustancial 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Moderado 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>		
Leve 4			
Ninguno 5			



## **INTERVENCIONES (NIC)**

### **MANEJO INTESTINAL**

**Definición:** establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

#### **ACTIVIDADES**

- Tomar nota de la fecha de último movimiento intestinal.
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma y color.
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra, si procede.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Obtener un estimulante para las heces, si procede.

## **INTERVENCIONES (NIC)**

### **ENTRENAMIENTO INTESTINAL**

**Definición:** ayuda al paciente a la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

#### **ACTIVIDADES**

- Planificar un programa intestinal con el paciente.
- Consultar al médico y al paciente respecto del uso de laxantes o supositorios.
- Enseñar al paciente los principios de la educación intestinal.
- Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- Proporcionar alimentos ricos en fibra o que han sido identificados por el paciente como medios de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurar que se realicen ejercicios adecuados.
- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
- Disponer intimidad.
- Evaluar el estado intestinal e intervalos regulares.
- Modificar el programa intestinal si es necesario.

<b>Dominio:</b> 12 Confort <b>Clase:</b> 2 Confortamiento ambiental
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>
<p><u>Etiqueta (problema)</u></p> <p>DISPOSICION PARA MEJORAR EL BIENESTAR</p> <p><u>Características Definitorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifiesta deseos de aumentar el bienestar</li> <li>• Manifiesta deseos de aumentar la relajación</li> <li>• Manifiesta deseos de aumentar la resolución de quejas</li> </ul>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Bienestar personal (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200201 realización de las actividades de la vida diaria</li> <li>• 200212 ejecución de roles usuales</li> <li>• 200202 funcionamiento psicológico</li> <li>• 200203 interacción social</li> <li>• 200206 funcionamiento cognitivo</li> <li>• 200209 nivel de felicidad</li> <li>• 202210 capacidad para expresar emociones</li> </ul>	<p>No del todo satisfecho 1</p> <p>Algo satisfecho 2</p> <p>Moderadamente satisfecho 3</p> <p>Muy satisfecho 4</p> <p>Completamente satisfecho 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> <li>• Mantener a Aumentar a</li> </ul>
Dominio: ( V ) Salud percibida			
Clase: ( U ) Salud y calidad de vida			

## **INTERVENCIONES (NIC)**

### **AYUDA AL AUTOCUIDADO**

**Definición:** ayudar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria.

#### **ACTIVIDADES**

- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Enseñar a los familiares a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.

## VIII. PLAN DE ALTA

Se realizará una programación y cronograma con las visitas necesarias para tratar los cuidados que precise la paciente. En este caso, se planificarán 4 visitas durante un mes, de modo que se cite a la madre una vez cada semana. Serán sesiones de una hora de duración. No obstante, en cada sesión, se estudiará si el tiempo se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, y se ajustará el tiempo y frecuencia de estas citas.

La primera sesión se centrará en conocer a nuestra paciente, y en valorar sus necesidades personales. Se tendrán en cuenta su entorno y familia (situación y circunstancias personales). En la segunda reunión, se dará importancia a los estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, etc.), atenderemos las necesidades también de la familia y empezaremos a tratar el afrontamiento a problemas de nuestra paciente. La tercera semana, se profundizará en la parte psicológica de la depresión postparto: lazos afectivos, roles de los padres y educación sanitaria. La cuarta sesión será para fijar conceptos, evaluar los cuidados y valorar si dar el alta o derivar a especialistas.

A continuación se detallan los datos relevantes de cada visita, puntos a tratar y NIC que realizar:

### PRIMERA VISITA

Valorar a la madre, cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Este es el momento de valorar a la paciente en busca de posibles complicaciones mayores, como una enfermedad de base (patologías anteriores a la depresión postparto). Se deben localizar los riesgos reales y potenciales desde esta primera visita. También se preguntará a la madre qué espera de estas sesiones, lo que nos acercará más a sus necesidades y requerimientos personales.

Se potenciará la escucha activa, permitiendo a la paciente expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así, se entenderá mejor su situación individual y se irán enfocando los cuidados hacia donde diagnosticuemos necesidades más prioritarias. Se valorará el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza. Sobre todo nos presentaremos como la ayuda que necesita para mejorar su estado de salud: daremos esperanza a través de nuestras palabras y lenguaje no verbal.

Otras actividades también de la primera visita: Revisión del ambiente y roles en el hogar, estado familiar, preguntar antecedentes de interés o episodios previos de depresión (en ella o en la familia), valorar necesidades de la propia familia, así como nivel de colaboración, posibilidades y posición que toman ante la madre y su recién nacido.

Es importante valorar al bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signo de abandono. En principio, la familia se habrá podido hacer cargo del recién nacido y estarán prestando los cuidados de manera adecuada, supliendo a su madre. En caso contrario, lo derivaremos automáticamente a un especialista para que lo examine a fondo y estudiaremos si necesita asistencia de los servicios sociales. Nos centraremos en la depresión postparto de la madre.

Se dará también esperanza apoyándonos en soportes sociales que se le mostrarán a la madre y familiares. Haremos una básica educación para la salud en esta primera sesión, centrándonos en el apoyo que debe recibir de su entorno más próximo: núcleo familiar. Más adelante, se recurrirá a terapias comunitarias más amplias.

La sesión finalizará dando un espacio a la paciente para dudas y percepción de la primera sesión, a modo de una pequeña evaluación verbal, no formal.

Nos despediremos dando ánimos y esperanza una vez más, potenciando su autoestima, transmitiendo tranquilidad y positividad.

## SEGUNDA VISITA

Evaluar actividades del día anterior: evaluar posibles mejoras de los patrones alterados, reacciones de la paciente y de la familia, nivel de entendimiento, compromiso del resto de la paciente y familia. Valorar el estado del soporte social que recibe nuestra paciente.

Realizar todas las medidas básicas del día anterior, ya descritas, como cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Se volverán a revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones.

Igualmente, se dejará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se identificará entonces su nivel de ansiedad y afrontamiento. Se mantendrá un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Valorar cómo afronta la familia esta situación. Ofrecer resolver sus dudas y servirles de ayuda. Guiarles y enseñarles los cuidados necesarios para la madre. Mostrar otros soportes (detallados como objetivo NOC) donde encontrar ayuda si están interesados.

Tratar con la familia el tema de la situación en casa, y fomentar oportunidades de convivencia para expresar sus sentimientos con un clima agradable, abierto y de apoyo.

En esta sesión se empezarán a trabajar otros NIC centrados en el estado físico de la madre, como conducta de fomento de salud, manejo de energía, fomento del ejercicio, conservación de energía, y enseñanza de la dieta prescrita (si la necesitase). Nos introducirán hacia estilos de vida más saludables y a encontrar más fácilmente la positividad a través del ejercicio y la actividad física. Se propondrán rutinas básicas, aumentando así también la responsabilidad y compromiso de la paciente.

Se profundizará también en el afrontamiento inefectivo de la madre a través de NIC como aumentar el afrontamiento y disminuir su ansiedad. Para ello, se permitirá a la paciente expresarse en diferentes temas guiados sobre ella misma y su situación: puntos fuertes y débiles, nuevos desafíos, posibilidades, puntos de apoyo, virtudes... y estableceremos objetivos realistas para la madre.

Se escucharán todas sus dudas y nivel de satisfacción de la sesión, y en general, de su progreso con nosotros. Nos despediremos dando ánimos y esperanza de manera positiva y cordial.

### TERCERA VISITA

Evaluar actividades del día anterior. Realizar todas las medidas básicas ya descritas el primer día de visita. Se volverán a vigilar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones. Se dará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes.

Se evaluará de nuevo su nivel de ansiedad y afrontamiento. Mantendremos un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Esta tercera sesión es la más importante: después de haber dedicado la primera a conocer el caso particular de la madre, y la segunda sesión a potenciar unos estilos de vida saludables tanto físicos (ejercicio, dieta, etc.) como psicológicos (afrontamiento de problemas, fomentar la autorresponsabilidad, etc.), y contando ya con la familia como elemento básico de apoyo, llegamos a la tercera reunión dispuestos a ahondar en el problema de la depresión postparto. Se trabajarán como objetivos los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de los padres (especialmente de la madre, claro).

Como en cada sesión, se brindará la oportunidad de compartir con la madre las dudas que le puedan haber surgido en esta sesión o a lo largo de la semana. Escucharemos el nivel de satisfacción de la sesión y se hará hincapié en la

importancia de los conocimientos adquiridos ese día. Se debe seguir motivando cada semana para aumentar su compromiso, interés y agrado en estas sesiones.

#### CUARTA VISITA

Evaluación global del Proceso de Atención de Enfermería. Para ello, se dejará a la paciente total libertad para que exprese su nivel de satisfacción con el contenido, el/la ponente, entorno, períodos de tiempo, etc. Si se observa poca fluidez de la evaluación, se podrá hacerlo más guiado o incluso tipo formulario (respuestas de SI/NO o valorar con una escala numerada). Se adjunta posible cuestionario en Se insistirá a que manifieste aspectos a mejorar del trabajo que hayan realizado los profesionales que han llevado las sesiones, para poder evitar errores y potenciar mejoras con otras pacientes.

Se valorarán los cuidados prestados, y su progreso desde la primera sesión. Se utilizarán los indicadores para saber el nivel de cumplimiento de los objetivos o NOC seleccionados. Se terminará fijando conceptos (educación sanitaria que hayamos visto, nada nuevo) y comprobando con un feedback si los ha entendido y/o realizado. Servirá de repaso y nos ayudará a transmitir la importancia de continuar el cumplimiento en un futuro, aunque ya no venga a más sesiones, es decir, seguir con los cuidados ella misma.

Es importante que queden expuestos otros recursos alternativos a los que recurrir, como búsqueda de apoyo social, comunitario, familiar... una vez hayan finalizado los cuidados con nosotros. Es decir, abrir siempre una puerta al cerrar otra.

En esta cuarta y última sesión se tendrá que valorar si dar el alta a la madre o derivar a un especialista que le siga ayudando a solventar las necesidades que denote.

En la siguiente tabla se refleja de manera más visual los objetivos o Nursing Outcomes Classification (NOC), y cómo se irán trabajando a lo largo de las visitas. Las cruces (x) significan que se están elaborando los cuidados referentes a esos objetivos. La palabra "Alta" indica que se prevé que para esa sesión, el objetivo en cuestión se haya logrado.

Todo dependerá de multitud de factores, como los propios intereses de la paciente, sus necesidades más primordiales, su capacidad de respuesta a los cuidados, etc.



## **IX. REGISTRO DE LOS CUIDADOS REALIZADOS**

Al terminar cada sesión, se dejaró por escrito la evaluación verbal no formal que la paciente haya expuesto, y la propia valoración del profesional de la jornada: grado de éxito subjetivo de la sesión, comprensión de la paciente, reciprocidad en las conversaciones, gravedad de psicosis postparto a priori, tiempos, reacciones de la madre, anotaciones subjetivas, sospechas, descubrimientos, etc.

Al terminar el curso con la cuarta sesión, se anotarán los resultados obtenidos por la propia paciente, y los que haya evaluado el ponente. Se anotará el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos gracias a los indicadores seleccionados.

Se deben registrar en su historia clínica la realización de este curso, los resultados, y el estado de la paciente al alta definitiva (o derivación a especialista).

Esto servirá para poder rectificar o modificar los cuidados si no dan el resultado esperado, o implementarlos en futuros procesos enfermeros si obtienen éxito.

## X. CONCLUSIONES

-El gran número de artículos y estudios disponibles, así como también la facilidad de encontrar información, demuestran que la psicosis postparto es una patología sobre la que se ha trabajado a nivel científico e investigador.

-La importancia de la psicosis post parto en la mujer puérpera invita a la enfermera realizar un plan de cuidados individualizados acertado, flexible y funcional para educar, prevenir y ayudar tanto a las mujeres afectadas como a sus familias.

-El presente trabajo fin de grado pone de manifiesto diferentes conclusiones obtenidas de estudios científicos, así como un programa de soluciones (Plan de Cuidados) para educar y prevenir, y ayudar a las mujeres afectadas y a sus familias.

-La enfermera es la profesional idónea para el cuidado de la mujer con psicosis postparto en la medida que necesita ser atendida de forma cercana y ser acompañada en todo el proceso para no deteriorar su autoestima como madre.

El fin de todos los estudios publicados que he revisado sobre la psicosis postparto ha sido comprender a las mujeres con depresión postparto y su situación actual, para poder hacer así un Plan de Cuidados adaptado, actualizado y realista. Las conclusiones que he querido reseñar son las referentes a los cuidados de la mujer con esta patología psiquiátrica y a la formación de los profesionales y no profesionales. Los objetivos quedan cumplidos con mi Plan de Cuidados.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Psiquis vol.22 n°5 2013 Dr. Carlos J. Castañeda Gonzales
2. Artículos de Revisión. Los trastornos psicóticos agudos Y Transitorios *Daniel PL Martmez\* Rev. Col. Psiquiatría, Vol. XXVI, A/o. 3, 1997.*
3. Trastornos afectivos posparto UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N° 2  
a. *Gabriel Fernando Oviedo Lugo\* Valeria Jordán Mondragón\**
4. García, J. Et Al. Salud Mental: Psicosis Puerperal. Editorial Síntesis. 1994. Madrid.
5. Gómez Alcalde, M. (2002) Patología Psiquiátrica En El Puerperio. Psicosis
6. Puerperal. Revista De Neuro-Psiquiatría; 65: 32-46. Madrid, España.
7. Lorda S. Psicosis Puerperal: Aspectos Clínicos Y Asistenciales. Psiquiatría
8. Pública. Vol. 11. Núm. 3. Mayo-Junio 1999, 70-79.
9. Pineda Orellana, A. J. (2015). Calidad de atención de enfermería que reciben los usuarios ingresados en el hospital provincial general Julius Doepfner de Zamora. Año 2015(Bachelor's thesis, Zamora).
10. Blanco, R., & Mompert, M. (2003). Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Editorial Masson, 20-35.
11. Valls, A. T. (2002). El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Sociolinguistic Studies*, 3(1), 133-153.
12. Carlosama, C., & Viviana, K. (2016). Calidad de atención del personal de enfermería en el área de consulta externa del centro de salud Anidado Zamora. año 2015 (Bachelor's thesis).
13. Pacci, H., Jozami, Y., & Viña, L. (2003). Investigación acerca de los Diagnósticos de Enfermería empleados en la atención de los usuarios quirúrgicos del Hospital de Clínicas" Dr. Manuel Quintela".
14. Ortiz, S. E. T. (2012). Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería. Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC, 29.
15. Torres Esperón, J. M., & Pérez Sánchez, A. (2002). Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(3), 0-0.